

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE
DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE
OFERTA „ŻYCIE CASCO”**



Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie	3
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7
Klauzula 44 Przejęcie optacania składki w następstwie niezdolności do pracy	7



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
3. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej, oraz dołączenie pełnej ich treści do umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się wyższość zapisów dodatkowych, klauzul dodatkowych, zapisów odmiennych.
5. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7 ust. 1, 2.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w umowie indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach odbywających się nie częściej niż 2 razy w tygodniu w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba, że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników. Definicja ta obejmuje również formy aktywności fizycznej organizowanej dla dzieci w wieku szkolnym do 15 roku życia, jeśli aktywność ta nie odbywa się częściej, niż 2 razy w tygodniu w danej dyscyplinie sportu;
- 2) **choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki – lekarskiej i pielęgniarskiej. Przykładem chorób przewlekłych zgodnie z powyższą definicją są: astma oskrzelowa, mózgowo porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek, inne;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach F00 do F99;
- 5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 6) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za czasową niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy;
- 7) **dziecko-Współubezpieczony** – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 8) **karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- 9) **klauzula** – umowa dodatkowa, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowane jest ryzyko i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;

- 10) **miesiąc** – okres liczący 30 dni;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagłe w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przejęcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 12) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wozie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
- 13) **ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 14) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi: do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- 15) **szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjum, oddziału dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłych chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- 16) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat;
- 17) **trwale inwalidztwo** – wskazane w załączniku nr 3 znaczne uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 18) **trwale kalectwo** – wskazane w załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 19) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 20) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia; ilekroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, dane zapisy są obowiązujące również w stosunku do Współubezpieczonego/ych;
- 22) **Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
- 23) **udar mózgu** – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podopajęczynówkowy oraz zatory w naczyńkach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary łukarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące;
- 24) **Uposażony główny** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

- 25) **Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy wyznaczone osoby lub podmioty jako „Uposażony Główny” nie żyją bądź nie istnieją;
- 26) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony Główny, Uposażony Zastępczy lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 27) **wiek wstępu** – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 28) **współmałżonek** – Współubezpieczony, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym partnera, który ukończył 18 rok życia, który posiada od minimum 12 miesięcy przed datą przystąpienia do ubezpieczenia ten sam adres zameldowania co Ubezpieczony lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe. Partner musi zostać zgłoszony Ubezpieczycielowi z chwilą przystępowania Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony musi być stanu wolnego;
- 29) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, której życie bądź zdrowie jest przedmiotem ochrony w ramach umowy ubezpieczenia;
- 30) **wypadek na terenie zakładu pracy** – zdarzenie, które nastąpiło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych na terenie zakładu pracy, w którym Ubezpieczony, będący pracownikiem, jest zatrudniony i przy stanowisku pracy, jakie jest pracownikowi przyporządkowane, chyba, że Ubezpieczony otrzymał polecenie przełożonego zezwalające na opuszczenie stanowiska pracy lub został delegowany do działań poza wyznaczonym miejscem pracy;
- 31) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG potwierdzających martwicę tkanek mięśnia sercowego, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 32) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej połączona z czerpaniem dochodu, polegająca na regularnych treningach odbywających się częściej niż 2 razy w tygodniu, przy jednoczesnym udziale w zawodach, igryskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, a także przynależność do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres:
 - 1) w przypadku umowy rocznej – 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela,
 - 2) w przypadku umowy długoterminowej – wielokrotności 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
2. W odniesieniu do umów rocznych umowa ubezpieczenia zawierana jest na kolejny, analogiczny do poprzedniej umowy okres ubezpieczenia, jeśli:
 - 1) żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed dniem rocznicy polisy, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu umowy i
 - 2) zostanie zapłaconą kolejną składką regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, zastrzegając, że brak zgody będzie równoznaczny z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia z upływem danego okresu ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej.
5. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony i/lub Współubezpieczony. Współubezpieczeni obejmowani są ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem włączenia do umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące zakresu ochrony odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego i/lub Współubezpieczonych wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.

§ 4

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, umową ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klausul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjęć na warunkach odmiennych, informując Ubezpieczającego o tym fakcie na piśmie, uwzględniając prawo Ubezpieczającego wskazane w ust. 8.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- W przypadku uchybienia obowiązku, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego) może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem okoliczności nie podanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia polisy, a także niniejszych OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, które to postanowienia wymagają formy pisemnej.

§ 5

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, za który Ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie bądź życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 16 rok życia a nie ukończyła 70 roku życia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność

za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowo klauzule (ryzyka), będące w ofercie Ubezpieczyciela.
- Zakres umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

§ 8

Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia dla klauzuli Śmierci Ubezpieczonego ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) dodatkowych ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka.
- Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o: wieku, płci Ubezpieczonych, stanie zdrowia oraz czynnikach wpływających na stan zdrowia, zakresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacenia składki, wykonywanego zawodu.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego czy zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego najpóźniej na dzień przed datą wskazaną w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia, środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie pierwszej składki regularnej powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
- Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 12 – Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowy przynajmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania, z zastrzeżeniem ust. 11.

§ 10

Indeksacja

- Ubezpieczający, z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia może wskazać w jakiej wysokości procentowej: 0%, 10% lub 20%, Ubezpieczyciel ma dokonać podwyższenia sumy ubezpieczenia (indeksacja) dla ryzyk wchodzących w zakres umowy ubezpieczenia. Indeksacja sum/y ubezpieczenia powoduje podwyższenie składki regularnej zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej.
- Ubezpieczyciel nie później niż na miesiąc przed kolejną indeksacją sumy ubezpieczenia zawiadamia Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej sum/y ubezpieczenia i składki regularnej.
- Wskaźnik indeksacji określany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel będzie dokonywał indeksacji co pięć lat, przy założeniu, że strony przedłużają umowę ubezpieczenia.
- Indeksacja nie będzie dokonywana:
 - po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
 - w przypadku opłacania przez Ubezpieczyciela składek ubezpieczeniowych z tytułu klauzuli dodatkowej przejęcia opłacania składki wypadek wyniku niezdolności do pracy, jeśli taka klauzula była zawarta.

§ 11

Tryb udzielania ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godzinny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
- Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz w treści klauzul.
- Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w tymczasowym oraz w pełnym zakresie ochrony.
- Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela.
 - Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego i zapłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty spisania wniosku), w którym Ubezpieczyciel potwierdził odpowiedzialność (pełna ochrona ubezpieczeniowa) i wystawił dokument ubezpieczenia lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia.
 - Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony nie opłacono pierwszej składki.
 - W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Concordia Capital tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 tysięcy złotych, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
- Do pełnej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia określonego przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej), pod warunkiem, że Ubezpieczyciel potwierdzi przyjęcie ryzyka ubezpieczeniowego, wystawiając dokument ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
 - Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
- Ubezpieczony może zostać poddany badaniom lekarskim w następującym trybie:
 - Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 - Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia jak również zasięgnięcia informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.

- 3) Ubezpieczyciel może korzystać z podmiotów zewnętrznych koordynujących proces przeprowadzenia badań do celów oceny ryzyka lub określenia stopnia szkody. Ubezpieczający i Ubezpieczony wyraża niniejszym zgodę na udostępnianie danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia umożliwiających wykonanie tych postanowień.

§ 12

Okres ochrony

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umów rocznych, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego za kolejny okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego może być przedłużana w trybie określonym w ust. 2 wielokrotnie z zastrzeżeniem § 13.
4. Jeśli w treści danej klauzuli nie wskazano inaczej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do poszczególnych Współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy zgodnie z warunkami i postanowieniami stosowanymi wobec poszczególnych Ubezpieczonych.

§ 13

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich klauzul objętych ochroną, w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w dniu, w którym upłynął okres wypowiedzenia,
- 2) w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14,
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
- 4) w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul),
- 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 14

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) śmierci Ubezpieczonego (lub Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanym przez uprawnionego lekarza;
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa;
 - 3) błędów w sztuce lekarskiej;
 - 4) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 5) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 7) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zakaźnych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 8) zdiagnozowanych chorób (nie dotyczy ryzyka pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby) i wypadków zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 9) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach

sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;

- 10) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 11) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizmu, zjazdu ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), splayów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe oraz sportów podobnych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających w/w dyscyplin sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
 - 12) w wyniku wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem lub stanowił załogę nieliczeniowy linii lotniczych;
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 15

Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
2. Okresy karencji wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. W przypadku wystąpienia w okresie stosowania karencji zdarzenia objętego ochroną, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 4, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przystępując do umowy ubezpieczenia (bądź zawierając ją jako Ubezpieczający) zrezygnował uprzednio z ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Ubezpieczycielem (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od umowy bądź wypowiedzenie tej umowy),
 - 2) Ubezpieczyciel, w ramach umowy regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, odpowiada za analogiczne zdarzenie, które było przedmiotem umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony zrezygnował,
 - 3) minął okres karencji, o którym mowa w ust. 2, przy uwzględnieniu okresu, jakim Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której zrezygnował,
 - 4) od momentu rezygnacji z poprzedniej umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach umowy regulowanej niniejszymi postanowieniami nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni.
4. W przypadku wskazanym w ust. 3 Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości jaka przysługiwałaby Ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której Ubezpieczony zrezygnował, z zastrzeżeniem, iż wysokość świadczenia nie może być wyższa niż ta, która została określona dla danego ryzyka (klauzuli) w ramach umowy ubezpieczenia regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystąpił.
5. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może odstąpić od stosowania karencji. Odstąpienie wyrażane jest poprzez pisemną zgodę Ubezpieczyciela.

OBOWIĄZKI STRON

§ 16

Obowiązki stron związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia

1. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczającego spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowo przekazywanie składek na konto Ubezpieczyciela,
 - 2) zbieranie i przysyłanie do Ubezpieczyciela oświadczeń woli Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, kwestionariuszy medycznych

lub innych dokumentów, jeśli Ubezpieczyciel wskazał taką konieczność podyktowaną oceną ryzyka,

- 3) przekazywanie Ubezpieczonemu, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, w sposób zrozumiały i dostępny dla Ubezpieczonego informacji o zawartej umowie ubezpieczenia – a w szczególności:
 - a) informacji o rodzajach i wysokościach świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia,
 - b) informacji o wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - c) informacji o zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) informacji o procedurze postępowania w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) informacji o zmianie warunków umowy bądź prawa właściwego – w przypadku wprowadzenia tego rodzaju zmiany,
 - f) informacji o każdej zmianie w zakresie sum ubezpieczenia.
- 4) udostępnianie Ubezpieczonemu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informowanie o warunkach odbiegających od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na których została zawarta umowa ubezpieczenia,
- 5) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do niego i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego,
- 6) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczony uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.

2. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczyciela spoczywają również następujące obowiązki:

- 1) terminowo oraz z należytą starannością wykonywać zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia,
- 2) przyjmować oświadczenia kierowane ze strony Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i innych osób uprawnionych,
- 3) przekazywać Ubezpieczającemu pisemnie wszelkie informacje związane ze zmianą treści warunków ubezpieczenia związanych ze zmianą przepisów prawnych,
- 4) informować osoby uprawnione do otrzymania oświadczenia o wszelkich dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozmiaru szkody,
- 5) zawiadamiać osoby uprawnione do świadczenia o przyczynach niezaspokojenia ich roszczeń w części lub całości.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 17

Postępowanie w razie wypadku

1. W razie powstania wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/Uposażony jest obowiązany:
 - 1) każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku,
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - 3) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - 6) poddania się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
 - 7) umożliwienia zasięgnięcia przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia,
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia,
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.

4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela w jego własnym zakresie.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku. W przypadku gdy na skutek naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 do 4 (również przez Uprawnionego do świadczenia) – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie – niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia.

§ 18

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostała w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
5. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
6. Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych nie powodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
8. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca wypadku.
9. Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidywających zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.

§ 19

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 20

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądź (np. usługi) – realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klauzuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30 dni kalendarzowych od dnia jego wysłania.

§ 22

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 23

Właściwość sądowa

1. Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
2. Zarząd Ubezpieczyciela jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 24

Odesłanie

1. W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 25

Wejście w życie

Warunki wchodzi w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 26

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - 2) w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - 3) śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie.
3. Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi 50% sumy ubezpieczenia na wypadek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszyły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt. 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
5. W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3) warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia były poniżej 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
6. Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
7. Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2 jeśli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniał w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 44 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Nota ogólna:

Niniejsza klauzula może być przedmiotem umowy ubezpieczenia zawieranej wyłącznie w formie indywidualnej.

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejścia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnej wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko przejścia opłacania składki w wyniku niezdolności do pracy 6 miesięczną karencję, w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy będzie następstwem choroby.
4. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

5. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej lub trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
6. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki regularnej po dniu wskazanym w orzeczeniu o niezdolności do pracy, jako jej początek. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością.
7. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ewentualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
8. W przypadku przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w umowie ubezpieczenia.
9. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowy jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust 10.
10. Bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej klauzuli wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

§ 3

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy (czasowej lub trwałej i całkowitej) oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.
2. Po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego, a także w każdym czasie trwania niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel może niezależnie od przedstawienia orzeczenia lekarskiego oraz innych dokumentów medycznych, zażądać poddania się przez Ubezpieczonego badaniom w wskazanym przez Ubezpieczyciela lekarza. Badania przeprowadzane są w terminach określonych przez Ubezpieczyciela i na jego koszt. Nie poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim traktowane jest tak, jakby Ubezpieczony nie był już niezdolny do pracy.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

