



ProDomus

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	3
II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
III. ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
IV. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
V. ROZWIĄZANIE / ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ	5
VI. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA	6
VII. ŚWIADCZENIE	6
VIII. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA	7
IX. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA.....	7
X. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	8
XI. REKLAMACJE	8
XII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAŁĄCZNIK NR 2

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

Zgodnie z artykułem 17. ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w poniższej tabeli umieściliśmy najistotniejsze postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie **ProDomus**:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> § 3, § 4, §5, § 7 ust.1, 4, 5, § 13, § 14 ust.3, § 16, § 17 ust.3, 6, 7, § 18 ust.1, 2, 3, § 22 ust.1.c), 2, § 23 ust.2, § 24 ust.4, § 26, § 29 ust.3, z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 3 ust.3, § 5 ust.4 i 6, <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> definicje § 3 ust.5 i 6, § 4 ust.2, § 7, § 8 ust.4, 6, § 9, § 10
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 4, § 5, § 8, § 9, § 10, § 11, § 17 ust.5, 7, 8, § 19, § 20, § 21 ust.6, § 27, z zastosowaniem definicji zawartych w § 2 <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 1 ust.2, § 4, § 6, <u>Załącznik nr 2 do OWU</u> definicje § 1 ust.2, § 3 ust.3, § 4 ust.2, § 5, § 6 ust.3, § 8 ust.5 i 6, § 9 ust.2, § 11

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Wprowadzenie

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej „OWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców ProDomus (dalej „Umowa ubezpieczenia”).

§ 2. Definicje

Wyrażenia użyte w niniejszych OWU, Polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych OWU oznaczają:

1. Aneks

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część Umowy ubezpieczenia, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.

2. Choroba

Pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego niezależne od jego woli i nie spowodowane wypadkiem, potwierdzone obiektywnie, zgodnie z aktualnymi zasadami medycyny opartej na faktach.

3. Harmonogram spłaty kredytu

Dokument, będący załącznikiem do Umowy kredytu, określający kwoty i terminy wymaganych spłat rat kredytu w okresie, na jaki kredyt został udzielony przez Kredytodawcę.

4. Kapitał dłużny, Kapitał

Kwota zadłużenia Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy pozostała do spłaty w dacie zdarzenia objętego ochroną, według Harmonogramu spłaty kredytu załączonego do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo zmienionego za zgodą Ubezpieczyciela. Kapitał nie obejmuje należnych bankowi odsetek, odsetek za opóźnienie, zadłużenia przeterminowanego oraz innych płatności spowodowanych opóźnieniem w spłacie kredytu.

5. Koniec ubezpieczenia

Data umieszczona w Polisie, określająca koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

6. Kredytobiorca

Osoba, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu albo pożyczki.

7. Kredytodawca

Bank lub spółdzielcza kasa oszczędnościowo - kredytowa (SKOK), który/-a zawarł/-a z Kredytobiorcą Umowę kredytu.

8. Nieszczęśliwy wypadek

Nagle, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu lub śmierci Ubezpieczonego.

Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków lub ich następstw: prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, porażen słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, zespołu otępiennego, choroby Alzheimera, śpiączki cukrzycowej lub stanów hipoglikemii, przełomu tarczycowego lub nadnerczowego, zaostrzenia chorób przewlekłych, następstw przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

9. Początek ubezpieczenia

Data umieszczona w Polisie, określająca rozpoczęcie, pod warunkiem wcześniejszego opłacenia składki, odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

10. Polisa

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami.

11. Poręczyciel

Osoba, która zobowiązała się względem Kredytodawcy spłacić kredyt na wypadek, gdyby Kredytobiorca nie dokonał spłaty.

12. Przedstawiciel

Osoba działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczającego, której umocowanie wynika bezpośrednio z przepisów lub z oświadczenia Ubezpieczającego dokonanego w formie pisemnej.

13. Rocznicą Polisy

Każda kolejna rocznica Początku ubezpieczenia, wskazanego w Polisie.

14. Suma ubezpieczenia

Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczeń według Umowy kredytu dołączonej do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz procentu gwarancji ochronnych zdefiniowanych w Polisie.

15. Ubezpieczający

Podmiot, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany wobec Ubezpieczyciela do opłacania składek.

16. Ubezpieczenie dodatkowe

Ubezpieczenie, które rozszerza zakres ochrony przewidzianej w niniejszych OWU o dodatkowe świadczenia. Rozszerzenie Umowy ubezpieczenia o Ubezpieczenie dodatkowe regulują Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SzWU).

17. Ubezpieczony

Osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia oraz OWU. Ubezpieczony jest Kredytobiorcą albo Poręczycielem kredytu.

18. Ubezpieczyciel

Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, który zobowiązuje się wobec Ubezpieczającego do spełnienia świadczenia na rzecz Uposażonego albo Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, zgodnie z OWU.

19. Umowa kredytu

Umowa kredytu albo pożyczki pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, zawarta w Polsce, na okres co najmniej 3 lat, opisana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

20. Uposażony

Osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego, uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w zakresie i na

warunkach określonych w OWU. Uposażonym (1) jest Kredytodawca, Uposażony (2) to pozostała osoba lub osoby uprawnione do otrzymania pozostającego świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

21. Uprawniony

Osoba, która może ubiegać się o wypłatę świadczenia zgodnie z OWU, np. Uposażony, spadkobierca Ubezpieczonego albo inna osoba wskazana w OWU.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego w zakresie określonym w niniejszych OWU.

§ 4. Zakres ubezpieczenia

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego z przyczyn naturalnych, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w niniejszych OWU.
2. Zakres Umowy ubezpieczenia może być rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe:
 - a) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) Czasowa niezdolność do pracy.
3. Zakres ubezpieczeń dodatkowych regulują Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SzWU), stanowiące załączniki nr 1 i nr 2 do OWU.
4. Ryzyko śmierci Ubezpieczonego rozciąga się na cały świat.

III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5. Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu jej warunki, w tym treść OWU oraz dokument zawierający kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym (IPID) i informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Wzorce dokumentów w postaci elektronicznej Ubezpieczyciel doręcza w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 75 lat w dniu Początku ubezpieczenia,
 - b) Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Ubezpieczyciela,
 - c) Ubezpieczający wpłacił na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku,
 - d) Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu w Polsce,
 - e) Ubezpieczony zawarł Umowę kredytu na okres co najmniej 3 lat albo poręczył za zobowiązania osoby trzeciej, wynikające z takiej Umowy kredytu,
 - f) Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub świadczy pracę na podstawie stosunku pracy lub jest emerytem,
 - g) Ubezpieczony udostępnił Ubezpieczycielowi Harmonogram spłaty oraz warunki kredytu.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest do daty obowiązywania Umowy kredytu według Harmonogramu spłaty zaakceptowanego przez Ubezpieczyciela, nie później niż do końca Rocznic Umowy ubezpieczenia, w której Ubezpieczony ukończy 85 lat.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) poddania się we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości; koszty tych badań pokrywa Ubezpieczyciel,
 - b) przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela,
 - c) wypełnienia kwestionariuszy medycznych i udzielenia wszelkich informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela do oceny ryzyka.
5. Na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić wyniki badań, o których mowa powyżej.
6. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez Przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na Przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 6. Warunki akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 5 niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek złożony na formularzu Ubezpieczyciela) Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Polisy zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest zobowiązany zwrócić na to uwagę pisemnie przy doręczeniu Polisy. W przypadku, gdy nowe warunki ubezpieczenia zaproponowane przez Ubezpieczyciela nie zostaną przyjęte przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający powinien zgłosić swój sprzeciw do Ubezpieczyciela na piśmie w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust.1, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

§ 7. Zawarcie Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek

1. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczne jest doręczenie Ubezpieczonemu OWU.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego na piśmie, która powinna obejmować także wysokość Sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku zawierania Umowy na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w § 6 pkt.2a, a Ubezpieczony jest zobowiązany wyrazić zgodę na te zmiany, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
4. Pisemna zgoda Ubezpieczonego wymagana jest również w przypadku zmiany postanowień w Umowie ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
5. W Umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub na innym trwałym nośniku, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, informacje o:
 - a) zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na te zmiany,
 - b) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia,
 - c) zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po jej przekazaniu przez Ubezpieczyciela.
6. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w ust. 5 pkt b, c.
7. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków zgodnie z § 21. oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 25. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zmianie danych kontaktowych lub zmianie danych osobowych podanych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

IV. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8. Początek odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia Początku ubezpieczenia wskazanego w Polisie, pod warunkiem uruchomienia środków z tytułu kredytu oraz opłacenia pierwszej składki.
2. Ubezpieczający zobowiązuje się do powiadomienia Ubezpieczyciela o dacie zawarcia Umowy kredytu.
3. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego złożonego w formie pisemnej o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rzecz Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.1.

§ 9. Koniec odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa:
 - a) z dniem zakończenia okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia,
 - b) z dniem całkowitej spłaty kredytu,
 - c) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - d) z dniem ustalenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeśli zawarta została Umowa dodatkowa, o której mowa w SzWU, stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych OWU, na warunkach tam określonych,
 - e) z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - f) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,
 - g) na skutek nieopłacenia należnej składki w terminie, o którym mowa w § 15, ust.3.

V. ROZWIĄZANIE/ZAKOŃCZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek jednej z przyczyn opisanych w § 9, ust.1.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego wygasa.

§ 11. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest osobą prawną termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia musi być doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu składkę wpłaconą przy zawieraniu Umowy. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia części składki należnej za okres, przez jaki udzielał ochrony. Ubezpieczyciel zwraca składkę przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, w terminie 30 dni od dnia odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności obu stron umowy, przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia, bez podania przyczyny, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia Ubezpieczającemu podstawowych informacji o Ubezpieczycielu i jego ofercie, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

§ 12. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia musi być doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie.

VI. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 13. Ustalenie Sumy ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana indywidualnie, na wniosek Ubezpieczającego.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia wskazana jest w Polisie.

§ 14. Ustalenie składki

1. Składka obejmuje koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz jej wykonywaniem.
2. Składka obejmuje także koszty związane z wykonywaniem Ubezpieczeń dodatkowych, o których mowa w § 4, ust.2.
3. Wysokość składki ustalana jest stosownie do wieku, stanu zdrowia, ryzyka związanego z paleniem tytoniu, wykonywanego zawodu Ubezpieczonego oraz wysokości Sumy ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia.
4. Osobę uważa się za niepalącą, jeżeli nigdy nie paliła lub nie pali nieprzerwanie od przynajmniej dwóch lat przed datą zawarcia Umowy oraz nie przestała palić wskutek zalecenia lekarza. Ubezpieczyciel może zażądać udowodnienia faktu zaprzestania palenia tytoniu przed zawarciem Umowy w drodze odpowiedniego testu klinicznego.
5. Składka jest opłacana okresowo, z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną, zgodnie z postanowieniami zawartymi w Polisie.
6. Wysokość składki, jej częstotliwość oraz termin i sposób opłacania określone są w Polisie.
7. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składki w każdą Rocznicę Umowy ubezpieczenia, składając do Ubezpieczyciela wniosek najpóźniej na 30 dni przed tą Rocznicą.

§ 15. Opłacanie składki oraz skutki nieopłacenia składki

1. Termin płatności uznaje się za zachowany, jeżeli najpóźniej w terminie płatności wskazanym w Polisie Ubezpieczający dokona płatności składki.
2. Jeżeli składka lub rata składki nie zostanie opłacona zgodnie z postanowieniami Polisy ubezpieczeniowej do dnia upływu okresu, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania wezwania oraz poinformuje o skutkach nieopłacenia składki.
3. Jeżeli po upływie terminu ustalonego do dokonania zapłaty składka nie zostanie opłacona, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego bez dalszych powiadań i nie będzie wywoływać żadnych skutków.
4. W przypadku wystąpienia zaległości w zapłacie składek, otrzymane wpłaty zalicza się w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.
5. Umowa ubezpieczenia rozwiązana z powodu nieopłacenia składki może zostać ponownie zawarta za wyraźną zgodą Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zwróci się z wnioskiem o przywrócenie umowy w terminie do sześciu miesięcy, liczonych od dnia rozwiązania. Należy przedstawić zaświadczenie Kredytodawcy o niezaleganiu ze zobowiązaniami. Ubezpieczyciel może uzależnić przywrócenie Umowy od wypełnienia kwestionariuszy medycznych i udzielenia wszelkich informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela do oceny ryzyka.

VII. ŚWIADCZENIE

§ 16. Ustalenie wysokości świadczenia

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe Sumie ubezpieczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci:
 - a) Uposażonemu (1) - świadczenie w wysokości równej Kapitałowi dłużnemu, ale nie większe niż Suma ubezpieczenia, obowiązujące na dzień śmierci Ubezpieczonego,
 - b) pozostałym Uposażonym (2) - świadczenie w wysokości różnicy, o ile taka występuje, pomiędzy Sumą ubezpieczenia obowiązującą na dzień śmierci Ubezpieczonego, a świadczeniem należnym Uposażonemu (1).
2. Jeżeli Umowa ubezpieczenia przewiduje świadczenie dodatkowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Niez szczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo Uposażonemu (2) świadczenie w wysokości:
 - a) 10% wartości Kapitału dłużnego na dzień śmierci Ubezpieczonego, w pierwszych dwóch latach obowiązywania Umowy ubezpieczenia,
 - b) 20% wartości Kapitału dłużnego na dzień śmierci Ubezpieczonego, poczynając od trzeciego roku obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

§ 17. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażeni lub Uprawnieni zobowiązani są powiadomić Ubezpieczyciela o zaistniałym zdarzeniu oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego,
 - c) kopię karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu Ubezpieczonego,
 - d) dokument wystawiony przez Kredytodawcę opisujący wykonanie zobowiązań oraz saldo pozostałego do spłaty kredytu, zgodnie z Harmonogramem spłat, na dzień śmierci Ubezpieczonego,
 - e) urzędowy dokument potwierdzający tożsamość każdego z Uposażonych lub Uprawnionych,
 - f) w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku, raport policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek,
 - g) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych powyżej obciążają Uposażonego lub Uprawnionego, w zależności od okoliczności.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z tym roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli to jest niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do lekarzy, placówek służby zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, organów państwowych lub instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia.
5. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Uposażonemu, Ubezpieczającemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzania, na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
6. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty.
7. Jeśli w wyżej wymienionym terminie ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w ust.6.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
9. Uposażonemu przysługuje prawo odwołania od powyższej decyzji do Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.

VIII. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 18. Wskazanie i zmiana Uposażonych

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia, wówczas Ubezpieczający oznacza Uposażonego (1), któremu ma przysługiwać prawo do świadczenia w wysokości Kapitału dłużnego, nie więcej niż Suma ubezpieczenia. Pozostała część świadczenia, w wysokości różnicy pomiędzy Sumą ubezpieczenia a kapitałem dłużnym, przysługuje pozostałym Uposażonym (2) w częściach wskazanych przez Ubezpieczającego, a w przypadku braku wskazania - w częściach równych.
3. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku pozostałych Uposażonych (2), udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym (2) proporcjonalnie do ich udziałów.
4. Jeżeli nie wskazano Uposażonego, należne świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego - wskazanym w sądowym stwierdzeniu nabycia spadku albo w akcie poświadczenia dziedziczenia sporządzonym przez notariusza - proporcjonalnie do ich udziałów.
5. Ubezpieczający może zmienić Uposażonego lub Uposażonych w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
6. Wskazanie oraz zmiana Uposażonych wymaga zachowania formy pisemnej. Zmiana Uposażonych jest skuteczna z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o zmianie.
7. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę Uposażonych pocztą elektroniczną, na adres podany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub jeżeli ten uległ zmianie, na inny adres podany przez Ubezpieczającego do korespondencji w sprawach dotyczących Umowy ubezpieczenia.

IX. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA

§ 19. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie:
 - a) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - b) wszystkich stanów chorobowych, które istniały przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, chyba, że zostały zgłoszone we wniosku oraz zaakceptowane przez Ubezpieczyciela. Niniejsze wyłączenie jest ograniczone do 3 lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - c) wojny lub wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - e) stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa, o ile stan pod wpływem alkoholu jest bezpośrednią przyczyną śmierci,
 - f) wypadku, samookaleczenia lub choroby spowodowanej umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - g) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisanego przez lekarza, lub w przypadku środka przepisanego przez lekarza nieprzestrzegania zaleceń przez niego dawek,
 - h) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (takich jak: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe i motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na linie, pirotechnika, sptywy górskimi rzekami), uprawiania ćwiczeń akrobatycznych oraz udziału w konkursach, których celem jest bicie rekordów, udziału we wszelkich sportach z użyciem silnika motorowego, boksu, wyścigach konnych,
 - i) zawodowego uprawiania sportu,

- j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd posiada aktualne badanie techniczne, dopuszczające do ruchu publicznego,
- k) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
- l) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
- m) choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
- n) wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela.

§ 20. Ograniczenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat trwania Umowy ubezpieczenia i była wynikiem samobójstwa Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie trzech lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia i była skutkiem okoliczności, które świadomie nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela lub zostały podane niezgodnie z prawdą.

X. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 21. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 11.
3. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 12.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do informowania o zmianie danych osobowych, w tym adresów Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych.
5. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony, jeżeli nie jest Ubezpieczającym, są zobowiązani do przekazania Ubezpieczycielowi wszystkich danych, o które pytał Ubezpieczyciel, niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony, jeżeli nie jest Ubezpieczającym, są zobowiązani niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach w początkowym Harmonogramie spłaty, a nieprzestrzeganie tej procedury skutkuje nieuwzględnieniem tych zmian przez Ubezpieczyciela.

§ 22. Obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
 - a) doręczenia Ubezpieczającemu OWU oraz dokumentu zawierającego kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym (IPID) i informację o przetwarzaniu danych osobowych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - b) potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Polisy i doręczenie jej Ubezpieczającemu,
 - c) wypłaty świadczenia zgodnie z OWU, SzWU, o których mowa w § 4, ust.3., oraz przepisami prawa.
2. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego pisemnej zgody na zmianę warunków lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

§ 23. Zmiana harmonogramu spłaty kredytu

1. Ubezpieczający powinien niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach w początkowym Harmonogramie spłaty kredytu.
2. W razie zgłoszenia przez Ubezpieczającego zmiany w Harmonogramie spłaty kredytu Suma ubezpieczenia, wysokość świadczeń oraz przyszłe składki mogą zostać zmienione.
3. Zmiany zgłoszone przez Ubezpieczającego, po ich zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela, zostaną ujęte w Aneksie do Umowy ubezpieczenia.

§ 24. Zawiadomienia i oświadczenia

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone Ubezpieczycielowi na piśmie, pocztą elektroniczną na adres podany przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia lub w trakcie aktualizacji danych kontaktowych w okresie trwania Umowy, albo na innym trwałym nośniku, chyba że z treści OWU wynika, że konieczna jest forma pisemna zgody lub oświadczenia.
2. Pisma Ubezpieczyciela kierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby Uprawnionej z tytułu Umowy ubezpieczenia kierowane będą na ostatni znany Ubezpieczycielowi adres korespondencyjny, a w przypadku, gdy osoby te wyraziły na to zgodę, na ostatni adres elektroniczny podany przez te osoby, albo w inny uzgodniony sposób.
3. Ubezpieczyciel, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu i innych danych kontaktowych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z Umową ubezpieczenia.
4. Oświadczenia Ubezpieczyciela o odmowie przyznania świadczenia w całości lub części, składane są wyłącznie na piśmie.

XI. REKLAMACJE

§ 25. Składanie i rozpatrywanie reklamacji

1. Prawo do złożenia reklamacji przysługuje każdej osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym, zwanej dalej „Klientem”.
2. Reklamacje mogą być zgłaszane przez Klienta:
 - a) pisemnie:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela (Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28, 00-688 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym Klientów,

- pocztą na adres: Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa,
 - b) pocztą elektroniczną: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl,
 - c) telefonicznie: na numer telefonu (22) 572 80 00.
3. W przypadku złożenia reklamacji telefonicznie, osoba przyjmująca reklamację sporządzi notatkę ze wskazaniem następujących danych: data, imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu), opis zastrzeżeń Klienta dotyczących usług świadczonych przez Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce.
 4. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce poinformuje składającego reklamację o:
 - a) przyczynach opóźnienia,
 - b) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest na piśmie. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 6. Niezależnie od powyższej procedury reklamacyjnej, Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego oraz prawo do wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

XII. POSTANOWIENIA KONCOWE

§ 26. Informacja o wartości wykupu

Umowa ubezpieczenia w żadnym czasie nie posiada wartości wykupu.

§ 27. Przedawnienia

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela przerywa się z dniem uznania roszczenia albo z dniem rozpoczęcia każdej czynności przed sądem, lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń, przedsięwziętą bezpośrednio w związku z roszczeniem.
4. Po każdym przerwaniu przedawnienia biegnie ono na nowo.

§ 28. Sąd właściwy

1. Do rozpatrywania spraw, w których stroną jest Ubezpieczyciel, właściwe są polskie sądy powszechne.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich podmiotem uprawnionym w stosunku do Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa); www.rf.gov.pl).

§ 29. Prawo właściwe i opodatkowanie świadczeń

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej,
2. Ubezpieczyciel, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wskazuje miejsce ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń: ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 Paryż (Cedex 09), Francja.
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o podatku od spadków i darowizn, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa podatkowego innych państw.

§ 30. Sprawy nieuregulowane w OWU

W sprawach nieuregulowanych w OWU oraz Umowie ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w tym kodeksu cywilnego i ustawy z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późniejszymi zmianami.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 03 czerwca 2024 roku.

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:



IWONA ZEMŁA

Dyrektor Oddziału Prévoir – Vie Groupe Prévoir S.A. w Polsce

ZAŁĄCZNIK NR 1
do Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie ProDomus
SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:
CAŁKOWITE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. WPROWADZENIE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **ProDomus** zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Całkowite i trwałe inwalidztwo w następstwie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku (dalej „Umowa dodatkowa”).
2. SzWU nie mogą być podstawą do zawarcia samodzielnej umowy ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

W wyrażeniach użytych w niniejszych SzWU, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Ubezpieczeniem dodatkowym, mają zastosowanie definicje w OWU, uzupełnione o niżej podane określenia:

1. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Całkowita i trwała (do końca życia) niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy, zajęcia lub zawodu, które zapewniłyby mu dochód lub zysk, powstała w następstwie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego.

W przypadku osób, wobec których spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- a) nie wykonywały pracy zarobkowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających Nieszczęśliwy wypadek lub Chorobę,
- b) ukończyły 65 rok życia,
- c) przystąpiły do ubezpieczenia po ukończeniu 60 roku życia,

do uznania inwalidztwa za Całkowite i trwałe wymagana jest również konieczność stałej opieki ze strony osób trzecich przy czynnościach życia codziennego, takich jak: przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków. Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa jest powstanie powyższej niezdolności oraz stwierdzenie przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela inwalidztwa przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 70 roku życia.

2. Data ustalenia inwalidztwa

Data, w której można przyjąć, że według aktualnej wiedzy medycznej, pomimo zastosowanego leczenia i rehabilitacji, stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Całkowite i trwałe inwalidztwo powstałe w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wynikającej z Ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności opisanych w § 6.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego stanowi stały procent Sumy ubezpieczenia na życie wskazanej w Polisie i nie może być wyższe od tej Sumy.
4. Ryzyko Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego rozciąga się na cały świat.

§ 4. WARUNKI PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Rozszerzenie Umowy podstawowej o Ubezpieczenie dodatkowe jest możliwe wyłącznie w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat w dniu Początku ubezpieczenia.
3. Ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w niniejszych SzWU obowiązuje wyłącznie w okresie obowiązywania Umowy podstawowej, ale nie później niż do końca Rocznicy umowy ubezpieczenia, w której Ubezpieczony ukończy 70 lat.
4. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej nastąpi:
 - a) w przypadku zakończenia Umowy podstawowej,
 - b) w przypadku ustalenia Całkowitego i trwałego inwalidztwa.

§ 5. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJĘCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO ORAZ WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W razie Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela.
2. Do powiadomienia należy dołączyć:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) raport medyczny, wskazujący charakter Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby będących przyczyną inwalidztwa, dzień zdarzenia lub dzień rozpoznania choroby, ewentualny rozwój i stopień niepełnosprawności oraz sposób leczenia,
 - c) kopię lub wyciąg z aktu zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie, jeżeli inwalidztwo jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) dokument wystawiony przez Kredytodawcę opisujący wykonanie zobowiązań do dnia jego wystawienia,
 - e) kopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie renty inwalidzkiej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub przebytej Choroby przyznanej przez jakąkolwiek instytucję,
 - f) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych powyżej obciążają Uposażonego, w zależności od okoliczności. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez wskazanego i opłaconego przez niego lekarza. Zachowuje również prawo do weryfikacji okoliczności i przyczyny śmierci Ubezpieczonego.
4. W przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia dodatkowego określonej w § 3 ust. 3.
5. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony albo podmiot, na który Ubezpieczony dokonał cesji (przelewu) praw.
6. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Całkowitego i trwałego inwalidztwa.
7. Do Całkowitego i trwałego inwalidztwa nie stosuje się zasad ustalania inwalidztwa przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
 - a) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - b) wszystkich stanów chorobowych, które istniały przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, chyba, że zostały zgłoszone we wniosku oraz zaakceptowane przez Ubezpieczyciela. Niniejsze wyłączenie jest ograniczone do 3 lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - c) wojny lub wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - d) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - e) stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa, o ile stan pod wpływem alkoholu jest bezpośrednią przyczyną Całkowitego i trwałego inwalidztwa,
 - f) wypadku, samookaleczenia lub choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - g) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisane przez lekarza, lub w przypadku środka przepisane przez lekarza nieprzestrzegania zaleconych przez niego dawek,
 - h) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (takich jak: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe i motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na linie, pirotechnika, spływy górskimi rzekami), uprawiania ćwiczeń akrobatycznych oraz udziału w konkursach, których celem jest bicie rekordów, udziału we wszelkich sportach z użyciem silnika motorowego, boksu, wyścigach konnych,
 - i) zawodowego uprawiania sportu,
 - j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd posiada aktualne badanie techniczne, dopuszczające do ruchu publicznego,
 - k) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - l) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - m) choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
 - n) inwalidztwa z powodu przyczyn subiektywnych, niewykrywalnych oraz niemierzalnych w laboratoriach sposobami mikrobiologicznymi, biochemicznymi lub obrazowymi,
 - o) inwalidztwa w następstwie ciąży, porodu, wspomaganego zapłodnienia oraz następstw i skutków ciąży, porodu i wspomaganego zapłodnienia,
 - p) wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela.
2. Następstwa i konsekwencje prób samobójczych są wyłączone z gwarancji Całkowitego i trwałego inwalidztwa podczas całego okresu trwania Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło w okresie trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i było skutkiem okoliczności, które świadomie nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela lub zostały podane niezgodnie z prawdą.

§ 7. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:



IWONA ZEMŁA

Dyrektor Oddziału Prévoir – Vie Groupe Prévoir S.A. w Polsce

ZAŁĄCZNIK NR 2
do Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie ProDomus
SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO: CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

§ 1. WPROWADZENIE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na życie **ProDomus**, zawartej na podstawie OWU (dalej „Umowa podstawowa”) w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Czasową niezdolność do pracy (dalej „Umowa dodatkowa”).
2. SzWU nie mogą być podstawą do zawarcia samodzielnej Umowy ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

W wyrażeniach użytych w niniejszych SzWU, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Ubezpieczeniem dodatkowym, mają zastosowanie definicje w OWU, uzupełnione o niżej podane określenia:

1. Czasowa niezdolność do pracy

Spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem i poświadczona przez lekarza, całkowita czasowa niezdolność Ubezpieczonego, do wykonywania zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy, zadeklarowanej w momencie podpisania wniosku ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy obowiązuje w Polsce oraz na całym świecie. Zarówno w czasie wyjazdów turystycznych jak i służbowych, które łącznie nie są dłuższe niż 3 miesiące w roku polisowym. Poszczególne okresy podlegają zsumowaniu w roku polisowym.

Czasowa niezdolność do Pracy rozpoczyna się od daty niezdolności do pracy wskazanej w Zwolnieniu lekarskim, wystawionym przez lekarza w Polsce. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpocznie się od 91 dnia niezdolności do pracy, potwierdzonej nieprzerwanymi Zwolnieniami lekarskimi.

W przypadku następujących stanów chorobowych: fibromialgia i objawy zmęczenia, zaburzenia psychiczne, neurotyczne, stany depresyjne, alienacje umysłowe, zaburzenia w odżywianiu, zaburzenia osobowości lub zachowania – w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wymagana jest dodatkowo minimum 30 – dniowa nieprzerwana hospitalizacja w zakładzie psychiatrycznym lub w oddziale psychiatrycznym szpitala.

Odpowiedzialność z tytułu Czasowej niezdolności do Pracy jest wyłączona w przypadku objawów o nieustalonej przyczynie (np. bóle kręgosłupa) oraz z powodu subiektywnych zaburzeń nie potwierdzonych w badaniach laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych lub obrazowych.

Nie jest objęta ubezpieczeniem z tytułu Czasowej niezdolności do pracy niezdolność do pracy w okresie ciąży, porodu lub wspomaganie zapłodnienia, oraz niezdolność do pracy będąca następstwem lub skutkiem ciąży, porodu lub wspomaganie zapłodnienia.

2. Choroby wcześniej istniejące

Nie są objęte niniejszym ubezpieczeniem następstwa lub skutki schorzeń, wypadków bądź niepełnosprawności, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane przed początkiem rozszerzenia ubezpieczenia o Czasową niezdolność do pracy lub w okresie Karencji. Niemniej ubezpieczenie obejmuje skutki schorzeń, wypadków bądź niepełnosprawności, które zostały zadeklarowane w kwestionariuszu medycznym, chyba że zostały one wyłączone w Umowie ubezpieczenia.

3. Rata kredytu

Kwota spłacana w określonych w Umowie kredytu terminach i ustalonej wysokości. Kwota ta nie zawiera odsetek ani innych opłat z tytułu opóźnienia w spłacie kredytu.

4. Zwolnienie lekarskie

Zaświadczenie urzędowe, wystawione przez lekarza o czasowej niezdolności do pracy z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Zaświadczenie to wydawane jest na obowiązującym formularzu ZUS: ZLA lub e-ZLA.

5. Karencja

Okres 3 miesięcy, w czasie którego Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej. Momentem rozpoczęcia tego okresu jest data zawarcia Umowy dodatkowej. Żadna choroba lub schorzenie, które po raz pierwszy zostanie rozpoznane w tym okresie, nie będą objęte ubezpieczeniem. Okres Karencji nie dotyczy następstw Nieszczęśliwych wypadków.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, zaistniałą w następstwie Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie obowiązywania Umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 60 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
4. Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana każdorazowo na kolejny okres jednego roku, jeżeli w okresie jej obowiązywania Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złożył oświadczenia na piśmie o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej na kolejny rok, oraz jeżeli Ubezpieczony nie ukończy 65 lat w kolejnym rocznym okresie jej obowiązywania.
5. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, ma on prawo do świadczenia w wysokości wybranego przez Ubezpieczonego procentu Raty kredytu za każdy miesiąc niezdolności do pracy, jednak nie więcej niż 4000 złotych miesięcznie.
6. Procent Raty kredytu jest określony w momencie zawarcia Umowy dodatkowej i nie może ulec zmianie.

§ 4. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek informowania Ubezpieczyciela na piśmie o zmianie wykonywanego zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy.
2. W przypadku niepoinformowania Ubezpieczyciela o ww. faktach Ubezpieczyciel będzie miał prawo do odmowy wypłaty świadczeń. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępu powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 5. PRAWO UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zmiany zawodu lub rodzaju wykonywanej pracy oraz zmiany kraju zamieszkania, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości.

§ 6. SKŁADKI

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości składek ubezpieczeniowych w zakresie Czasowej niezdolności do pracy lub złożenia oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, nie później niż na 45 dni przed Rocznicą umowy, informując o tym na piśmie Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający ma prawo sprzeciwić się zmianie składki, o której mowa w ust.1 powyżej, w terminie 14 dni od otrzymania zawiadomienia Ubezpieczyciela o proponowanej wysokości składki.
3. W przypadku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 2 powyżej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

§ 7. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie za okres niezdolności do pracy, w wysokości wybranego przez Ubezpieczonego procentu Raty kredytu.
2. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 91-ego dnia nieprzerwanego zwolnienia lekarskiego z pracy.
3. Maksymalna wysokość miesięcznego świadczenia nie może być większa niż 100% Raty kredytu za dany miesiąc, z zastrzeżeniem § 3 ust. 5.
4. Świadczenie wypłacane jest miesięcznie z dołu, na koniec każdego miesiąca kalendarzowego pro rata do liczby dni zwolnienia lekarskiego w ciągu danego miesiąca.
5. Jeśli po okresie Czasowej niezdolności do pracy, za który Ubezpieczony otrzymywał świadczenia, Ubezpieczony powróci do pracy i ponownie otrzyma zwolnienie w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej Choroby, będzie to potraktowane jako kontynuacja świadczenia - pod warunkiem, że okres między zwolnieniami nie będzie dłuższy niż 60 dni.
6. Wyżej wymienione okresy Czasowej niezdolności do pracy zostaną uznane za jeden okres, w czasie którego świadczenie przysługuje maksymalnie za okres 730 dni.

§ 8. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Zdarzenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należy zgłaszać niezwłocznie, jednak nie później niż 30 dni od rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy.
2. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązana niezwłocznie dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopię Zwolnienia lekarskiego, poświadczoną przez zakład pracy zatrudniający Ubezpieczonego w dacie wydania zwolnienia,
 - c) kopię każdego kolejnego Zwolnienia lekarskiego,
 - d) kopię historii choroby lub zaświadczenie lekarskie o wypadku, wskazujące rozpoznanie, przebieg leczenia i zalecenie o zwolnieniu lekarskim z pracy,
 - e) kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach,
 - f) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość osoby występującej z roszczeniem, jeżeli jest inna niż Ubezpieczony,
 - g) w przypadku Nieszczęśliwego wypadku, należy podać datę, godzinę, okoliczności i miejsce wypadku oraz przesłać kopię notatki policyjnej,
 - h) dokumenty potwierdzające opłacenie składki ZUS lub KRUS za okres, w którym Ubezpieczony otrzymał pierwsze zwolnienie z pracy,
 - i) dokument od Kredytodawcy zawierający informacje o wysokości Rat kredytu, o ile Ubezpieczony nie przedstawił Harmonogramu spłat,
 - j) dodatkowe dokumenty uzasadniające wypłatę świadczenia, o które zwrócił się Ubezpieczyciel.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do lekarzy, organów lub instytucji o dostarczenie dodatkowych dokumentów umożliwiających ocenę czy zachodzi odpowiedzialność Ubezpieczyciela oraz zasadności wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie mając na względzie wypłatę lub kontynuację wypłaty świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy. Koszt dodatkowych badań ponosi Ubezpieczyciel.
5. W przypadku odmowy poddania się dodatkowemu badaniu lekarskiemu lub przedłożenia dodatkowych informacji, Ubezpieczyciel ma prawo do odmowy przyjęcia odpowiedzialności oraz niewypłacenia świadczenia.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczonemu lub innej osobie występującej z roszczeniem, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać od Ubezpieczyciela pisemnego potwierdzenia udostępnionych informacji, sporządzania, na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów, a także potwierdzania ich zgodności z oryginałem.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie, ustalenie okoliczności niezbędnych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie musi zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§ 10. USTANIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Wypłata świadczenia ustaje automatycznie w momencie wystąpienia jednego z następujących zdarzeń:

- a) Ubezpieczony podejmuje pracę na podstawie umowy o pracę lub w jakiegokolwiek innej formie (umowa zlecenia, o dzieło, etc.), nawet w niepełnym wymiarze czasowym,
- b) Ubezpieczony jest uznany z medycznego punktu widzenia za zdolnego do pracy etatowej lub w jakiegokolwiek innej formie (umowa zlecenia, o dzieło, etc.), nawet w niepełnym wymiarze czasowym,
- c) wypłaty świadczenia przez maksymalny okres 730 dni,
- d) w przypadku, gdy zostanie orzeczone Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego,
- e) Ubezpieczony ukończył 65 lat,
- f) Ubezpieczony przeszedł na emeryturę lub na wcześniejszą emeryturę i nie pozostaje w stosunku pracy,
- g) w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- h) Umowa dodatkowa wygasła,
- i) całkowitej spłaty kredytu lub wygaśnięcia Umowy kredytowej, bez względu na jej przyczynę,
- j) Ubezpieczający złoży wniosek o rozwiązanie Umowy dodatkowej. Rozwiązanie nastąpi w dniu Rocznicy następującej po powiadomieniu Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu Umowy, pod warunkiem, że Ubezpieczyciel otrzyma takie powiadomienie na piśmie co najmniej 60 dni przed rocznicą Umowy.

§ 11. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy dodatkowej z tytułu następstw:

- a) Choroby lub wypadku, które miały miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczeniowej, chyba że zostały one zgłoszone Ubezpieczycielowi w trakcie podpisywania wniosku ubezpieczeniowego i nie były przedmiotem wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ze strony Ubezpieczyciela,
 - b) wypadków lotniczych związanych z udziałem w zawodach, pokazach akrobacyjnych, nalotach, lotach testowych, lotach na prototypach, próbach pobijania rekordów,
 - c) wypadków wynikających z uprawiania zawodowego lub zarobkowego sportów, zakładów i wyzwań, a także za następstwa wszelkich udziałów, jako amator licencjonowany, w zawodach sportowych, konkursach, meczach, wyścigach z udziałem wykorzystania zwierząt, pojazdów lub pojazdów mechanicznych,
 - d) wypadków wynikających z uprawiania lotnictwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, latania na lotni, nurkowania (ponad 20 m.), alpinizmu, boksu, speleologii, skoków na bungee, kitesurfingu, windsurfingu, wingsuitu,
 - e) zabiegów chirurgii estetycznej, innej niż rekonstrukcyjny zabieg chirurgiczny związany z wcześniejszym wypadkiem lub Chorobą gwarantowaną w Umowie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje okresów pobytu na wczasach sanatoryjnych, detoksykacji, odmładzania, odchudzania, terapii snu, pobytu w spa lub kąpieliskach termalnych oraz przebywania na urloпах macierzyńskich.
3. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej przez okres Karencji, poza następstwami Nieszczęśliwych wypadków.

§ 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:



IWONA ZEMŁA

Dyrektor Oddziału Prévoir – Vie Groupe Prévoir S.A. w Polsce