



Ogólne warunki

ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci Dobry Start

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci Dobry Start, zawieranych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z Ubezpieczającym.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na uzgodnionych przez strony warunkach, odmiennych od postanowień niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia.
3. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przedstawia Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia a umową ubezpieczenia, chyba że umowa została zawarta w drodze negocjacji.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w niniejszych Ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Ubezpieczający** – matka lub ojciec Uposażonego;
- 2) **Ubezpieczony** – osoba, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, będąca jednocześnie Ubezpieczającym;
- 3) **Uposażony** – dziecko Ubezpiezonego, z zastrzeżeniem § 12;
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 5) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia;
- 6) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;
- 7) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 8) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony;
- 9) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa, będący dniem zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 10) **wiek** – wiek Ubezpiezonego wyrażony w pełnych latach, zaokrąglony do najbliższej liczby całkowitej w górę lub w dół;
- 11) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do wykonywania pracy i w związku z tym niewykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, będąca rezultatem zaistniałych w okresie ubezpieczenia obrażeń ciała lub choroby, licząc od 181. dnia jej nieprzerwanego trwania. Dodatkowo Towarzystwo uznaje, że całkowita niezdolność do pracy występuje w przypadku utraty:
 - a) obu dłoni powyżej nadgarstków,
 - b) obu stóp powyżej kostek,
 - c) jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki,
 - d) obustronnej wzroku,wówczas za dzień jej wystąpienia uznaje się dzień utraty powyżej wymienionych części ciała;
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba, która uległa temu wypadkowi, niezależnie od swojej woli, doznała trwałego inwalidztwa albo zmarła;
- 13) **częściowe trwale inwalidztwo** – uszkodzenie ciała spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, w wyniku którego nastąpił trwały uszczerbek na zdrowiu;

- 14) **Tabela opłat i limitów** – tabela opłat i limitów finansowych dla ubezpieczenia Dobry Start, stanowiąca integralną część OWU.

Treść umowy ubezpieczenia

§ 3

Treść umowy ubezpieczenia zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie, załącznikach do polisy oraz każdym innym dokumencie uzgodnionym przez strony umowy ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest:
 - 1) życie Ubezpiezonego,
 - 2) dożycie przez Uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz
 - 3) zdrowie Uposażonego.
2. Towarzystwo wypłaca Uposażonemu następujące świadczenia ubezpieczeniowe:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpiezonego w okresie ubezpieczenia – przejmuje opłacanie składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wypłaca Uposażonemu kwartalnie świadczenie okresowe w wysokości 6% sumy ubezpieczenia, płatne od dnia śmierci Ubezpieczającego do końca okresu ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku dożycia przez Uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia – sumę ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci Ubezpiezonego w okresie ubezpieczenia oraz jeżeli Uposażony w okresie ubezpieczenia, wskutek nieszczęśliwego wypadku, doznał co najmniej 80% trwałego inwalidztwa albo został uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaca świadczenie okresowe, o którym mowa w pkt. 1), dożywotnio.
3. W razie rozszerzenia umowy ubezpieczenia na jedno lub więcej określonych niżej rodzajów ryzyka Towarzystwo wypłaci dodatkowo:
 - 1) w przypadku częściowego trwałego inwalidztwa Uposażonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, ustalonego zgodnie z § 7 ust. 1 – odpowiednią część sumy ubezpieczenia proporcjonalną do stopnia ustalonego częściowego trwałego inwalidztwa Uposażonego, tj. jeden procent sumy ubezpieczenia za każdy ustalony jeden procent inwalidztwa, pod warunkiem że częściowe trwale inwalidztwo Uposażonego zostało ustalone jako przynajmniej 6% inwalidztwa,
 - 2) w przypadku śmierci Ubezpiezonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkową kwotę w wysokości sumy ubezpieczenia, jednocześnie z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2 pkt 2).
4. W razie rozszerzenia umowy ubezpieczenia na ryzyko niezdolności do pracy Ubezpieczającego Towarzystwo przejmuje obowiązek opłacania składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczający stanie się całkowicie niezdolny do pracy w rozumieniu niniejszych OWU.
5. W razie śmierci Uposażonego, pod warunkiem że Ubezpieczający żyje, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłacone składki, chyba

że Ubezpieczający wyznaczy inne dziecko, z zastrzeżeniem § 12, jako Uposażonego, w terminie trzech miesięcy od dnia śmierci Uposażonego.

Zakres i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia pierwszej składki.
2. Umowa nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została zapłacona po śmierci Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - 4) z dniem śmierci Uposażonego, chyba że nastąpi okoliczność określona w § 4 ust. 5.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu rozszerzenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3 i 4, wygasa:
 - 1) z chwilą zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe ze zredukowaną sumą ubezpieczenia,
 - 2) w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 3) z upływem miesiąca od daty wymagalności pierwszej zaległej składki,
 - 4) w rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60. rok życia, w przypadku ubezpieczenia ryzyka niezdolności do pracy,
 - 5) z chwilą wypłaty świadczeń lub świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia częściowego trwałego inwalidztwa.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była wynikiem:
 - 1) popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wyjątkowego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach.
2. Poza przypadkami, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rozszerzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało w związku z:
 - 1) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez odpowiedniego prawa jazdy lub innego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu,
 - 2) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu po spożyciu alkoholu, lub w wyniku:
 - 3) spożycia alkoholu, używania narkotyków lub innych środków odurzających oraz umyślnego nadużywania leków,
 - 4) samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 5) uprawiania niebezpiecznych sportów, tj. spadochroniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, sportów motorowych i motorowodnych,
 - 6) uczestnictwa w wyścigach lub zawodach poza lekkoatletyką i pływaniem.
3. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 3) oraz ust. 3, jeśli inwalidztwo lub śmierć spowodowane były zawałem, wylewem krwi, udarem oraz wszelkimi innymi chorobami występującymi nagle.
4. Towarzystwo nie przejmuje obowiązku opłacania składek, o którym mowa w § 4 ust. 4, jeśli:

- 1) niezdolność do pracy powstała w okresie pierwszych sześciu miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony, chyba że powstała ona w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 2) Ubezpieczający wystąpi z roszczeniem z tego tytułu po okresie dziewięciu miesięcy od daty powstania niezdolności do pracy,
- 3) Ubezpieczający odzyska zdolność do podjęcia jakiegokolwiek pracy.

§ 7

1. Ustalenia stopnia trwałego inwalidztwa dokonują lekarze powołani przez Towarzystwo, na podstawie Tabeli norm uszczerbku na zdrowiu, opublikowanej w rozporządzeniu Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17.10.1975 r. (Dz.U. nr 36, poz. 199).
2. Stopień trwałego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z włączeniem procesu rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już ograniczone wskutek samej choroby lub inwalidztwa, stopień trwałego inwalidztwa określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku właściwym dla danego organu, narządu lub układu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem tego uszczerbku istniejącym przed nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Ustalenia niezdolności do pracy dokonują lekarze powołani przez Towarzystwo.

Definicja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 8

1. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia – przejęcie opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz renta kwartalna w wysokości 6% sumy ubezpieczenia, płatna od dnia śmierci Ubezpieczającego do końca okresu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia śmierci Uposażonego,
 - 2) w przypadku dożycia przez Uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia – suma ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz jeżeli Uposażony w okresie ubezpieczenia, wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał co najmniej 80% trwałego inwalidztwa albo został uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji – renta, o której mowa w pkt. 1), wypłacana jest dożywotnio.
2. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o ryzyko dodatkowe, zgodnie z OWU, świadczenie ubezpieczeniowe stanowi świadczenie określone w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku śmierci Uposażonego, gdy Ubezpieczający nie żyje, Towarzystwo wypłaca jedynie jednorazowe świadczenie w wysokości wartości wykupu obliczonej na dzień śmierci Uposażonego.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest wystawieniem polisy.
2. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku ubezpieczeniowym.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie pierwszych trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony, w przypadku ujawnienia, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na

zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z powodów określonych w niniejszym ustępie Towarzystwo wypłaca kwotę stanowiącą równowartość 40 % wpłaconych składek.

5. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu lekarskiemu lub diagnostycznemu z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych lub przedstawił zaświadczenie lekarskie, stwierdzające stan jego zdrowia.
6. Badanie lekarskie lub diagnostyczne, o których mowa w ust. 5, przeprowadzane jest przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub zakład opieki zdrowotnej.
7. Badanie lekarskie lub diagnostyczne, o którym mowa w ust. 5, jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, zaświadczenia o stanie zdrowia, badań lekarskich lub diagnostycznych oraz innych elementów ryzyka, Towarzystwo może podjąć decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU, o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia lub może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWU.

§ 10

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWU, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. W przypadku braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy, dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Towarzystwo w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego, zawartej we wniosku ubezpieczeniowym, wystawia polisę wraz z odpowiednimi załącznikami.
2. Polisa wraz z odpowiednimi załącznikami określa w szczególności:
 - 1) dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będący dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10,
 - 2) strony umowy ubezpieczenia,
 - 3) dane Ubezpieczonego,
 - 4) dane Uposażonego,
 - 5) wysokość sumy ubezpieczenia,
 - 6) wysokość stopy technicznej,
 - 7) wysokość i terminy opłacania składki z tytułu ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz z tytułu rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 3 i 4 OWU,
 - 8) okres ubezpieczenia,
 - 9) zakres umowy ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia

§ 12

1. Okres ubezpieczenia określony jest w polisie.
2. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat.
3. Okres ubezpieczenia kończy się najwcześniej w roku, w którym Uposażony ukończy 18. rok życia.

4. Okres ubezpieczenia kończy się najpóźniej w roku, w którym Uposażony ukończy 25. rok życia.

§ 13

1. Na wniosek Ubezpieczającego okres ubezpieczenia wynoszący co najmniej 12 lat może być skrócony, nie więcej jednak niż o 3 lata, gdy Uposażony:
 - 1) zawarł związek małżeński,
 - 2) uzyska samodzielne mieszkanie,
 - 3) rozpocznie studia wyższe.
2. Towarzystwo określa kwotę, o jaką zostanie zmniejszona suma ubezpieczenia, w dokumencie potwierdzającym przyjęcie wniosku, o którym mowa w ust. 1. Dokument, o którym mowa powyżej, stanowi załącznik do polisy, chyba że Ubezpieczający nie przyjmie oferty Towarzystwa.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o przyjęciu oferty, o której mowa w ust. 2, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, wówczas okres ubezpieczenia nie ulega skróceniu i obowiązuje do tymczasowa wysokość sumy ubezpieczenia.

Ubezpieczony

§ 14

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, zamieszkała na stałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w chwili zawierania umowy ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 55. roku życia.

Uposażony i Uprawniony

§ 15

1. Ubezpieczony we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazuje Uposażonego.
2. W przypadku śmierci Uposażonego w okresie ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy § 4 ust. 5 i § 5 ust. 3 pkt 4), § 8 ust. 3, § 16 OWU.

§ 16

1. Jeżeli w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Uposażony zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym lub po śmierci Ubezpieczonego, bądź utracił prawo do świadczenia, Uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się osoby w następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego w równych częściach, jeżeli brak jest współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego w równych częściach, jeżeli brak jest współmałżonka i dzieci Ubezpieczonego,
 - 4) rodzeństwo Ubezpieczonego w równych częściach, jeżeli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców Ubezpieczonego,
 - 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

Podstawowe prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 17

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWU.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do przekazania Ubezpieczającemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia,

- 2) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia,
 - 3) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości udziału w zysku.
3. Ubezpieczający ma obowiązek wpłacać składki w wymaganej wysokości i terminach określonych w polisie.
 4. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, w wyniku którego nastąpiło trwale inwalidztwo Uposażonego, Uposażony zobowiązany jest przekazać Towarzystwu informację takim zdarzeniu nie później niż w terminie 60 dni od dnia jego zajścia.
 5. Obowiązki określone w ust. 1–4 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWU.

Suma ubezpieczenia

§ 18

1. Wysokość sumy ubezpieczenia stanowi kwota określona w polisie.
2. Minimalna wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU.
3. Suma ubezpieczenia może ulegać zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w poniższych paragrafach.

Udział w zysku

§ 19

1. Towarzystwo oferuje Ubezpieczającemu w każdą rocznicę polisy udział w zysku w postaci podwyższenia o określony wskaźnik procentowy sumy ubezpieczenia i składki (podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki) zgodnie z ust. 3 poniżej lub wyłącznie sumy ubezpieczenia (podwyższenie sumy ubezpieczenia) zgodnie z ust. 4 poniżej.
2. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 3, ustalany jest przez Towarzystwo na podstawie osiągniętej przez Towarzystwo w bieżącym roku trwania umowy ubezpieczenia stopy zwrotu z tytułu lokowania środków stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.
3. Wskaźnik podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki ustalony przez Towarzystwo nie może być mniejszy niż 90% nadwyżki stopy zwrotu ponad stopę techniczną. Wskaźnik oblicza się według wzoru:

$$w = c \times \frac{z - i}{1 + i}$$

c – wskaźnik procentowy nie mniejszy niż 90%

z – stopa zwrotu osiągnięta w bieżącym roku trwania umowy ubezpieczenia z tytułu lokowania środków stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych

i – stopa techniczna

4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo przyznaje dodatkową sumę ubezpieczenia w następujący sposób:
 - na bazie ustalonego zgodnie z ust. 3 wskaźnika w oblicza się kwotę udziału w zysku, w wysokości środków uzyskanych z lokowania środków stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powyżej stopy technicznej
 - za kwotę udziału w zysku traktowaną jako składkę jednorazową przyznawana jest dodatkowa suma ubezpieczenia wyliczona przy zastosowaniu taryf dla składek jednorazowych dla bieżącego wieku technicznego Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia pozostającego do końca umowy ubezpieczenia.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia nie dotyczy sum ubezpieczenia z tytułu dodatkowego ryzyka.
6. Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego na piśmie o wysokości wskaźnika, o którym mowa w ust. 3, oraz wartościach sumy ubezpieczenia i składki na kolejny rok trwania umowy ubezpieczenia w obu przypadkach przyjęcia udziału w zysku zgodnie z ust. 4, najpóźniej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy.

7. Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Towarzystwo na piśmie, w terminie 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia, który ze sposobów przyznania udziału w zyskach wybiera.
8. W przypadku braku powiadomienia Towarzystwa, który ze sposobów przyznania udziału w zyskach został wybrany przez Ubezpieczającego, w terminie 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia, strony ustalają, że oznacza to przyjęcie oferty podwyższenia sumy ubezpieczenia i składki.

Sposób ustalania i opłacania składki

§ 20

1. Składkę ubezpieczeniową opłaca się z góry za każdy rok okresu ubezpieczenia (rok ubezpieczeniowy).
2. Wysokość składki za pierwszy rok ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i w oparciu o następujące kryteria: wysokość sumy ubezpieczenia, wiek i płeć Ubezpieczonego, okres ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, okres opłacania składek, dane zawarte we wniosku ubezpieczeniowym, stan zdrowia Ubezpieczonego.
3. Składka może być opłacona jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia; wówczas § 19 nie ma zastosowania, a suma ubezpieczenia wzrasta w każdą rocznicę polisy o określony w § 19 ust. 3 wskaźnik **w**.
4. Szczegółowe terminy opłacania i wysokość składki określane są w polisie.

§ 21

1. Na wniosek Ubezpieczającego składka roczna może być opłacona w ratach półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych, z tym że pierwszą składkę opłaca się jednocześnie ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Składkę uważa się za zapłaconą z chwilą dokonania wpłaty pełnej jej wysokości gotówką do kasy Towarzystwa, zapłaty dokonanej upoważnionemu agentowi ubezpieczeniowemu Towarzystwa, dokonania przelewu bankowego albo przekazu pocztowego na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. W przypadku przelewu bankowego składkę uważa się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
4. W razie zaległości w opłacaniu składki otrzymaną wpłatę zalicza się w pierwszej kolejności na poczet składki najdawniej wymagalnej.
5. W przypadku zaległości w zapłacie raty składki stosuje się odpowiednio postanowienia OWU dotyczące zaległości w opłacaniu składki.

§ 22

Obowiązek opłacania składek ustaje:

- 1) z upływem okresu ubezpieczenia lub
- 2) z upływem umówionego okresu opłacania składek (roku, półrocza, kwartału lub miesiąca) lub
- 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego lub
- 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub
- 5) z dniem zajścia śmierci Uposażonego, chyba że Ubezpieczający wyznaczy innego Uposażonego, zgodnie z § 4 ust. 5.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 23

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia doręczenia polisy, co nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 24

1. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy, tj. dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka, Towarzystwo dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony.

Szczególne zasady rozwiązania umowy ubezpieczenia

§ 25

W przypadku zaprzestania opłacania składek należnych w okresie pierwszych 3 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia umowa ulega rozwiązaniu z upływem 90. dnia, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.

Ubezpieczenie bezskładkowe

§ 26

1. W przypadku zaprzestania opłacania przez Ubezpieczającego składek po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia następuje zmiana umowy ubezpieczenia na bezskładkową po upływie trzech miesięcy od daty wymagalności pierwszej zaległej składki. W okresie bezskładkowym Towarzystwo nadal udziela ochrony ubezpieczeniowej bez konieczności opłacania przez Ubezpieczającego składek w tym okresie. Suma ubezpieczenia ulega obniżeniu na zasadach określonych w załączniku do polisy.
2. Po dokonaniu zmiany ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe udział w zysku nie przysługuje.

Wykup ubezpieczenia

§ 27

1. Po upływie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia. Z dniem złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Towarzystwu został złożony wniosek o wykup ubezpieczenia.
2. W celu dokonania wypłaty wartości wykupu Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wypłaty wartości wykupu oraz przedłożyć potwierdzoną przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa kopię dokumentu poświadczającego jego tożsamość.
3. Wartość wykupu stanowi wartość polisy pomniejszona o należną opłatę od wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Gwarantowana wartość wykupu na koniec każdego roku obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz warunki gwarancji określone są w załączniku do polisy. W przypadku dokonania na wniosek Ubezpieczającego zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub dokonania zmian w zakresie umów dodatkowych, lub zmiany częstotliwości opłacania składki, lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, Towarzystwo określa wartość wykupu po tych zmianach w załączniku do dokumentu potwierdzającego dokonanie odpowiedniej zmiany umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości wykupu w terminie 21 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu wniosku oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Wraz z wypłatą wartości wykupu Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 24 ust. 2 OWU oraz § 27 ust. 1 OWU,
 - 4) z upływem okresu, o którym mowa w § 25 OWU, jeżeli w tym terminie Ubezpieczający nie opłacił zaległej składki,
 - 5) z dniem śmierci Uposażonego, chyba że Ubezpieczający spełni warunek określony w § 4 ust. 5.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, wpłacone składki za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają zwrotowi.

Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 29

Towarzystwo wypłaca świadczenia po przedłożeniu polisy oraz dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego, a ponadto:

- 1) przy skróceniu okresu ubezpieczenia (§ 13) – odpowiednich dokumentów uzasadniających skrócenie tego okresu: aktu zawarcia związku małżeńskiego, zaświadczenia o uzyskaniu samodzielnego mieszkania lub indeksu lub zaświadczenia uczelni o rozpoczęciu studiów wyższych;
- 2) w razie śmierci Ubezpieczającego:
 - a) aktu zgonu Ubezpieczającego; jeżeli śmierć Ubezpieczającego nastąpiła za granicą, akt zgonu powinien być uwierzytelniony przez polską placówkę dyplomatyczną,
 - b) w wypadku śmierci Ubezpieczającego w pierwszych dwóch latach trwania ubezpieczenia, także zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę śmierci; w razie rozszerzenia ubezpieczenia (§ 4 ust. 3 pkt 2)) zaświadczenie takie konieczne jest w każdym przypadku śmierci;
- 3) w razie trwałego inwalidztwa Uposażonego spowodowanego niešťęśliwym wypadkiem – zaświadczenie lekarskie stwierdzające stopień inwalidztwa (§ 7 ust. 2–4);
- 4) w razie niezdolności do pracy Ubezpieczającego – zaświadczenie lekarskie stwierdzające niezdolność do pracy oraz oświadczenie o niewykonywaniu jakiejkolwiek pracy, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie;
- 5) w razie śmierci Uposażonego – akt zgonu Uposażonego.

§ 30

1. Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia w każdej chwili badań, przez lekarza powołanego przez siebie, w celu określenia niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania pisemnego wniosku wraz ze wszystkimi wymaganymi, zgodnie z ust. 1, dokumentami. Wypłatę uważa się za dokonaną z chwilą złożenia przez Towarzystwo dyspozycji przekazu pocztowego lub przelewu bankowego.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo powinno spełnić w powyższym 30-dniowym terminie.
4. Jeżeli w terminach określonych w ustępach powyższych Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, zobowiązane jest do zawiadomienia na piśmie zgłaszającego roszczenie, informując go o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń.
5. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zawiadomi Uprawnionego na piśmie o przyczynie odmowy i poucza o możliwych środkach prawnych odwołania od tej decyzji.

6. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje w drodze przekazu pocztowego lub też w drodze przelewu bankowego zgodnie z dyspozycją Uprawnionego.
7. W przypadku nieopłacenia należnej składki w pełnej wysokości Towarzystwo potrąci nieopłaconą składkę z wypłacanego świadczenia, o ile osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczający.

§ 31

Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

Skargi i zażalenia

§ 32

1. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnieść skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Towarzystwa bezpośrednio lub przesyłane w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W przypadku jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym trzydziestodniowym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie takie stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Sąd właściwy do rozstrzygania sporów

§ 33

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwym dla siedziby Towarzystwa, Ubezpieczającego lub Uposażonego.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 34

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).

2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Postanowienia końcowe

§ 35

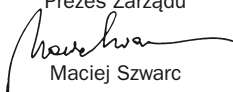
1. O ile OWU nie stanowią inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż z tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji zostały wypełnione nieprawidłowo lub są niekompletne.
3. W przypadku niepowiadomienia Towarzystwa o zmianie adresu Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, pisma przesłane do tych osób na ostatni adres wskazany Towarzystwu wywierają skutki nimi przewidziane po upływie 30 dni od daty nadania w placówce pocztowej.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie. Oświadczenia i zawiadomienia składane Towarzystwu powinny być przesyłane pod adresem Towarzystwa bądź składane osobiście w jego siedzibie.
5. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
6. Tabela opłat i limitów może zostać zmieniona w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia wyłącznie na korzyść Ubezpieczającego. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia. Inne zmiany Tabeli opłat i limitów mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia wejścia w życie tych zmian.

§ 36

W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 37

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone zostały Uchwałą Zarządu nr 1/26/07/2007 z dnia 26 lipca 2007 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczeń wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tej dacie.

Prezes Zarządu

Maciej Szwarz

Członek Zarządu

Janusz Arczewski