OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU OFERTA DLA KLIENTÓW PHINANCE SA

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z udziałem w zysku 3

Postanowienia ogólne 4

Warunki ubezpieczenia 5

Świadczenie ubezpieczeniowe 8

Postanowienia końcowe 8

Klauzule dodatkowe 9

Klauzula ZKAP1 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy 9

1. Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez WTUŻiR Concordia Capital SA (zwane dalej Towarzystwem).
2. Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Towarzystwo lub świadczonych przez Towarzystwo usług.
3. Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
   1) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia;
   2) osoba fizyczna dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
4. Zgodnie z przyjętymi w Towarzystwie zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia.
5. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
   1) osobiście w siedzibie Towarzystwa, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Towarzystwa;
   2) pisemnie na adres Towarzystwa: **ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań**;
   3) telefonicznie pod numerem telefonu **61 858 48 00**;
   4) jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl**.
6. Towarzystwo udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
7. W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
8. Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
9. Spory związane z usługami świadczonymi przez Towarzystwo mogą być rozstrzygane:
   1) w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
   2) przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
10. Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
    1) Rzecznika Finansowego (**www.rf.gov.pl**);
    2) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia (**www.uokik.gov.pl**).
11. Właściwym dla Towarzystwa organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
12. Towarzystwo na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

Wykaz postanowień umownych – OWU stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z udziałem w zysku (zatwierdzone uchwałą Zarządu WTUŻiR Concordia Capital SA z 20 września 2016 r.) – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

	OWU stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z udziałem w zysku
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 6; § 10
Przesłanki do wypłaty wartości wykupu	§ 6 ust. 4 pkt 3)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 3 ust. 2
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 3 ust. 7 i 8; § 4 ust. 6 i 7; § 18
Suma ubezpieczenia	§ 7; § 9; § 15
3. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	
Sposób obliczania wartości wykupu	§ 16
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej	§ 16; Dokument ubezpieczenia: pkt V
Okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16; Dokument ubezpieczenia: pkt V

Jeżeli Klient zdecydował się na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o klauzule dodatkowe – niezbędne jest również zapoznanie się z postanowieniami warunków dotyczącymi klauzul dodatkowych w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Wybór klauzul dodatkowych oznacza, że Klienta obowiązują postanowienia obu tabel (powyższej i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	**Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń**	**Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia**
Klauzula ZKAP1 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	§ 1; § 2	§ 1 ust. 4; § 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1
Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie zawieranych przez Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna, jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia OWU, stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest również w zakresie określonym w § 6 ust. 6, do ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie również postanowienia klauzul dodatkowych, stanowiące integralną część Umowy.
3. Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania postanowień według następującej hierarchii:
   1) postanowienia dodatkowe lub postanowienia odmienne od OWU/klauzul dodatkowych;
   2) postanowienia klauzul dodatkowych;
   3) postanowienia OWU.

§ 2
Definicje i skróty

Terminom użytym w OWU i Umowie nadaje się następujące znaczenia:

1) **amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 35) OWU. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
2) **choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
3) **choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowe porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek;
4) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach F00 do F99;
5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
6) **dokument ubezpieczenia** – dokument stanowiący potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania Umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa;
7) **inwalidztwo** – wskazane w Załączniku nr 3 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
8) **karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka; karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
9) **klauzula** lub **klauzula dodatkowa** – klauzula dodatkowa, stanowiąca integralną część Umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowany jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach ryzyk dodatkowych, o których mowa w § 6 ust. 6 OWU;
10) **lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczony wniósł sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przeciążenia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
    a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
    b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
    c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
    d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
    e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
13) **pakiet bazowy** – ochrona ubezpieczeniowa udzielona w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego lub dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia – to jest nieobejmująca ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzul dodatkowych;
14) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
15) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej, jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
    a) serca,
    b) płuca,
    c) wątroby,
    d) nerek,
    e) trzustki.
    Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
16) **przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
17) **rocznica polisy** – każda rocznica daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia pełnej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli w danym roku nie ma takiej daty (np. 29 lutego), to rocznicę przesuwa się o jeden dzień do przodu;
18) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm^3;
19) **szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu OWU pojęcie szpital nie oznacza:
    a) domu opieki,
    b) ośrodka dla psychicznie chorych,
    c) domowej opieki pielęgniarskiej,
    d) hospicjów,
    e) oddziałów dziennych,
    f) hoteli przyszpitalnych,
    g) oddziałów szpitalnych,
    h) ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekle chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych uzależnień;
20) **świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela z Umowy ubezpieczenia w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o klauzule (ryzyka) dodatkowe, wypłacane na zasadach określonych w postanowieniach poszczególnych klauzul dodatkowych;
21) **świadczenie główne** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego lub dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia, wypłacane na zasadach określonych w § 6 ust. 4;
22) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, trwającą w sposób ciągły i nieprzerwany przez okres dłuższy niż 2 lata;
23) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
24) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
25) **Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
26) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
    a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
    b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
    c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
    Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
    a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
    b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
    c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
    d) jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
27) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
28) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku, gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
29) **Uprawniony** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
30) **wartość gwarantowana polisy** – wskazana w dokumencie ubezpieczenia kwota składająca się na wartość polisy;
31) **wartość dodatkowa polisy** – kwota, o którą zwiększa się wartość polisy, zgodnie z zasadami opisanymi w § 16 OWU;
32) **wartość polisy** – kwota składająca się z wartości gwarantowanej polisy oraz z sumy naliczonych wartości dodatkowych polisy;
33) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, z której życiem bądź zdrowiem związana jest ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu;
34) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
    a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
    b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
    Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
35) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
    a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu,
    b) jest połączona z czerpaniem dochodu,
    c) łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,

d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;

36) **zdarzenie ubezpieczeniowe** lub **zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3
Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 10 lat.
2. Umowa ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70 rok życia.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
4. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową osobę wskazaną jako Ubezpieczony. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu może dotyczyć również zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osób Współubezpieczonych pod warunkiem włączenia do Umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące wyłączeń w ochronie ubezpieczeniowej, które odnoszą się do Ubezpieczonego, odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
5. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym następuje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
6. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. OWU określają, jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
7. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
   1) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
   2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
   3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 7 pkt 1) – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
9. W przypadku, gdy Umowę zawarto na cudzy rachunek, w razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony może wstąpić za zgodą Ubezpieczyciela w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, jeżeli złoży Ubezpieczycielowi wniosek w tej sprawie w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego. Obowiązywanie Umowy ubezpieczenia (oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej) zostaje zawieszone na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4
Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (wniosku ubezpieczeniowego) złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia i rodzaje zdarzeń (klauzul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
7. W przypadku uchybienia obowiązkowi, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
8. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego. Umowę ubezpieczenia, w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości z chwilą doręczenia tego dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.
10. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania Umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, a także OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, które to postanowienia wymagają formy pisemnej.

§ 5
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
   1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
   2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia;
   3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci;
   4) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki – w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 8 ust. 12, z zastrzeżeniem § 15;
   5) upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
   6) wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeśli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 5 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
   7) śmierci Ubezpieczającego w Umowie zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 9 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie w każdym czasie. W takim przypadku Umowa rozwiązuje się z upływem okresu, za jaki została zapłacona składka lub – w przypadku zaległości w zapłacie składki – z upływem okresu, za który powinna być zapłacona zaległa składka. Ubezpieczający może jednak również wskazać inny dzień rozwiązania Umowy, jednak nie krótszy niż przypadający na koniec miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający wypowiedział Umowę ubezpieczenia.
3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, przypadający po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6
Przedmiot i zakres Umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie bądź życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz – o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje takie klauzule dodatkowe – sytuacje w życiu Ubezpieczonego związane ze zdarzeniami dotyczącymi życia lub zdrowia osoby Współubezpieczonej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje klauzulę dodatkową, z której postanowień to wynika, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Umowa ubezpieczenia w pakiecie bazowym obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego lub dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
4. W ramach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w pakiecie bazowym, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU, Ubezpieczyciel zobowiązuje się wypłacić jedno z następujących świadczeń głównych:
   1) w przypadku zajścia zdarzenia w postaci dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości większej z kwot: sumy ubezpieczenia na dożycie albo wartości polisy na ostatni dzień okresu ubezpieczenia, albo
   2) w przypadku zajścia zdarzenia w postaci śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości większej z kwot: sumy ubezpieczenia na życie albo wartości polisy na dzień zajścia zdarzenia;
   3) w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek okoliczności, które nie pociągają za sobą obowiązku zapłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia z Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu lub jego spadkobiercom wartość polisy na dzień rozwiązania Umowy z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku określonym w ust. 4 pkt 3), jeśli dokonywana jest wypłata wartości polisy, i:
   1) na moment rozwiązania Umowy występuje zaległość w składce, Ubezpieczyciel potrąci z wypłacanej kwoty kwotę składki zaległej za okres do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
   2) na moment rozwiązania Umowy występuje nadpłata składki, Ubezpieczyciel oprócz wypłaty wartości polisy dokona również zwrotu nadpłaconej składki ubezpieczeniowej za okres po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia.
6. Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia może obejmować klauzule dodatkowe (ryzyka dodatkowe), będące w ofercie Ubezpieczyciela, w ramach których wypłacane bądź spełniane są świadczenia dodatkowe. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń dodatkowych zostały określone w postanowieniach poszczególnych klauzul dodatkowych oraz w dokumencie ubezpieczenia.
7. W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie OWU lub klauzul dodatkowych, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z postanowień poszczególnych klauzul wynika co innego.
8. Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia, przysługuje świadczenie z każdej Umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.
9. Zakres Umowy ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia dotyczące poszczególnych ryzyk wskazane są w dokumencie ubezpieczenia.
10. Z zastrzeżeniem § 15 ust. 9, w okresie, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli dodatkowej nie jest udzielana ze względu na fakt, że zgodnie z postanowieniami tej klauzuli dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa:
    1) jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na postanowienia dotyczące karencji);
    2) bądź uległa zawieszeniu;
    3) bądź wygasła na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności

    Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli dodatkowej udziela zamiast tego dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku,

niezależnie od świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, o którym mowa w § 6 ust.4 pkt 2), Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo Uprawnionemu dodatkowe świadczenie w wysokości 1/10 świadczenia głównego, o którym mowa w § 6 ust. 4 pkt 2).

§ 7
Suma ubezpieczenia

1. Wysokości sumy ubezpieczenia na dożycie oraz sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) dodatkowych ustalana jest w dokumencie ubezpieczenia, o ile nie wynika wprost z postanowień danej klauzuli dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach danego ryzyka, na zasadach ustalonych w OWU lub postanowień danej klauzuli dodatkowej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego, ryzyka dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia oraz ryzyk określonych w klauzulach dodatkowych mogą zostać ustalone różne sumy ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci może mieć różną wysokość w okresie ubezpieczenia. W takim wypadku dokument ubezpieczenia wskazuje, jaka wysokość sumy ubezpieczenia obowiązuje w poszczególnych przedziałach okresu ubezpieczenia.

§ 8
Składka

1. Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia, w szczególności zastosowanie okresów karencji. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
5. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
6. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
7. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
8. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
9. Niezapłacenie pierwszej składki regularnej powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
10. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
11. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
12. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 10, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia pierwszej składki regularnej, Ubezpieczającemu przysługuje dodatkowa, 30-dniowa prolongata terminu płatności (prolongata), liczona od terminu wymagalności składki. Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie do opłacenia składki i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie przysługującym Ubezpieczającemu, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia terminu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, z zastrzeżeniem § 15.
13. Po drugiej rocznicy polisy Ubezpieczającemu przysługuje – za zgodą Ubezpieczyciela – prawo do zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej. Wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej Ubezpieczający składa pisemnie Ubezpieczycielowi nie później niż na 1 miesiąc przed rocznicą polisy, od której zmiana częstotliwości ma obowiązywać.

§ 9
Indeksacja

1. Ubezpieczający, z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia może wskazać, w jakiej wysokości procentowej: 0%, 10% lub 20%, Ubezpieczyciel ma dokonywać podwyższenia sumy ubezpieczenia (indeksacja) dla ryzyk wchodzących w zakres Umowy ubezpieczenia. Indeksacja sum/y ubezpieczenia powoduje podwyższenie składki regularnej oraz wartości gwarantowanej polisy zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej.
2. Ubezpieczyciel nie później niż na 1 miesiąc przed kolejną indeksacją sumy ubezpieczenia zawiadamia Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej sum/y ubezpieczenia, wysokości gwarantowanej wartości polisy i składki regularnej.
3. Wskaźnik indeksacji określany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel będzie dokonywał indeksacji co 5 lat.
5. Indeksacja nie będzie dokonywana:
   1) w 4 ostatnich latach trwania Umowy ubezpieczenia,
   2) w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego.

§ 10
Tryb udzielania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
2. Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) dodatkowych udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w OWU oraz w treści klauzul.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka. W takim przypadku, zastosowanie mają ust. od 4 do 6 poniżej.
4. W przypadku określonym w ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa udzielona Ubezpieczonemu ma charakter tymczasowy. Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
   1) Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela;
   2) tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniej niż dzień po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia, w którym doszło do zawarcia Umowy w zakresie, o którym mowa w ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w ust. 5. W każdym przypadku tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie trwa dłużej niż 60 dni licząc od daty złożenia wniosku;
   3) tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku, gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony nie opłacono pierwszej składki regularnej;
   4) zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, który prowadzi do śmierci Ubezpieczonego. W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 000 złotych, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Pełna ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem potwierdzenia jej przez Ubezpieczyciela poprzez wystawienie polisy. Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej).
6. Dodatkowa ocena ryzyka, o której mowa w ust. 3, dokonywana jest w sposób następujący:
   1) Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
   2) Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia, jak również zasięgania informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 11
Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku, w którym w odniesieniu do ryzyka śmierci suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ma różną wysokość w okresie ubezpieczenia, podstawą do ustalenia wysokości świadczenia jest suma ubezpieczenia w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

§ 12
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich klauzul objętych ochroną ubezpieczeniową, o których mowa w § 6 ust. 6, wygasa z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
2. Z zastrzeżeniem ust.3, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w ramach klauzul, o których mowa w § 6 ust. 6, wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul).
3. Z zastrzeżeniem § 15 ust. 9, w przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach danej klauzuli dodatkowej, zgodnie z postanowieniami tej klauzuli, ulegnie zawieszeniu bądź wygaśnie, ochrona udzielana w ramach tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 6 ust.10.

§ 13
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) śmierci Ubezpieczonego (lub Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały:
   1) wskutek popełnienia samobójstwa – jeśli nastąpiło w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, usiłowania popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego/Współubezpieczonego;
   2) wskutek działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, a także wskutek uczestnictwa w misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
   3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
   4) wskutek czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. w strajkach, sabotażach, porachunkach;
   5) wskutek zatrucia alkoholem, w związku z zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza.
2. W stosunku do innych ryzyk dodatkowych (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1 oraz za zdarzenia, które powstały:
   1) wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
   2) wskutek chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 1) (np. marskość wątroby);
   3) wskutek zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa;
   4) wskutek błędów w sztuce lekarskiej;
   5) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
   6) w sytuacji, w której Ubezpieczony nie przestrzegał zaleceń lekarza lub nie poddał się zaleconemu leczeniu niezwiązanemu z żadnym ponadprzeciętnym ryzykiem

dla zdrowia i życia Ubezpieczonego – a zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem tych zaniechań;
7) wskutek prowadzenia pojazdu lądowego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
8) wskutek wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych oraz – o ile postanowienia danej klauzuli nie stanowią inaczej – chorób przewlekłych;
9) wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
10) wskutek zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym, jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych;
11) wskutek uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
12) wskutek amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe;
13) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
   a) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
   b) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 14
Karencja

1. Z zastrzeżeniem ust.4, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji dla poszczególnych klauzul dodatkowych.
2. Okresy karencji – jeśli mają zastosowanie – wskazane są w treści poszczególnych klauzul i rozpoczynają się od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa.
3. W okresie karencji, mającym zastosowanie zgodnie z postanowieniami danej klauzuli dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa w tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 6 ust. 10.
4. W przypadku, gdy:
   1) Ubezpieczony przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń, (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy bądź wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia indywidulanego albo wystąpienie z Umowy ubezpieczenia grupowego);
   2) inny zakład ubezpieczeń w ramach takiej innej Umowy ubezpieczenia udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do analogicznego ryzyka, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli dodatkowej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, która to klauzula przewiduje okres karencji;
   3) od momentu rezygnacji z poprzedniej Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń lub od momentu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach analogicznego ryzyka objętego ochroną w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia (w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza) do momentu objęcia ochroną w ramach Umowy zawartej na podstawie OWU nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni;
   4) z zastrzeżeniem ust. 5, okres karencji ulega skróceniu o okres, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie takiego analogicznego ryzyka w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń.
5. W przypadku wskazanym w ust. 4, do momentu, w którym upłynąłby okres karencji przewidziany w postanowieniach danej klauzuli dodatkowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w granicach wynikających z warunków poprzedniej Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową oraz w granicach wynikających z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU (z uwzględnieniem postanowień danej klauzuli dodatkowej). Oznacza to, że Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z uwzględnieniem tego limitu odpowiedzialności, który jest niższy oraz z uwzględnieniem tych ograniczeń zakresu ubezpieczenia, które są szersze.
6. Postanowienia ust. 4 i 5 stosuje się odpowiednio również w odniesieniu do sytuacji, w której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem (Concordia Capital).

§ 15
Ubezpieczenie bezskładkowe

1. Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe może zostać dokonana:
   1) na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że pomiędzy dniem końca okresu, za który została opłacona składka, a dniem złożenia wniosku nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe lub
   2) w przypadku nieopłacenia zaległej składki regularnej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela, zgodnie z § 8 ust. 12, pod warunkiem, że pomiędzy dniem końca okresu, za który została opłacona składka a dniem upływu dodatkowego terminu wyznaczonego przez Ubezpieczyciela nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Ubezpieczenie bezskładkowe rozpoczyna się z pierwszym dniem następującym po okresie, za który została opłacona składka regularna.
3. W trakcie ubezpieczenia bezskładkowego składka regularna nie jest opłacana, a suma ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz suma ubezpieczenia na dożycie zostają odpowiednio umniejszone tak, by zachowane zostały pierwotne proporcje między nimi. Pomniejszone sumy ubezpieczenia zostaną obliczone na podstawie wartości polisy z dnia poprzedzającego dokonanie zamiany na ubezpieczenie bezskładkowe, która to wartość zostanie potraktowana jako jednorazowa składka z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego oraz pełnej liczby lat pozostałych do dnia wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu i Ubezpieczającemu w formie pisemnej informacje dotyczące zakresu wprowadzonych zmian i określenia wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli kwota odpowiadająca wartości polisy nie przekracza minimalnej wartości uprawniającej do przejścia na ubezpieczenia bezskładkowe, wskazanej w dokumencie ubezpieczenia lub/i nie zostanie spełniony warunek określony w ust. 1 pkt 1) lub 2), wówczas Ubezpieczyciel dokona wypłaty Ubezpieczającemu kwoty określonej w § 6 ust. 4 pkt 3).
5. Jeżeli zamiana ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe nie następuje w rocznicę polisy, wówczas okres ubezpieczenia ulega skróceniu tak, by okres ubezpieczenia bezskładkowego obejmował pełne lata.
6. Wniosek o zamianę na ubezpieczenie bezskładkowe może zostać złożony przez Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed dniem upływu terminu prolongaty terminu płatności.
7. Zamiana ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe uzależniona jest od zgody Ubezpieczyciela i może wystąpić raz w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia bez prawa powrotu do ubezpieczenia składkowego w ramach danej Umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający może w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w terminach i na warunkach wskazanych w § 5 ust. 2.
9. Zamiana Umowy na ubezpieczenie bezskładkowe powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielonej w zakresie ryzyk dodatkowych (klauzul). W tym przypadku nie mają zastosowania postanowienia § 6 ust. 10 oraz § 12 ust. 3.

§ 16
Wartość polisy

1. Na wartość polisy składają się wartość gwarantowana polisy oraz suma naliczonych dodatkowych wartości polisy.
2. Wartość gwarantowana polisy na dzień poprzedzający kolejne rocznice polisy wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie), a w okresie pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy jej wartość wzrasta proporcjonalnie do upływu czasu (wzrost liniowy). Wartość gwarantowana polisy może ulec zmianie w związku ze zmianą sum ubezpieczenia, zmianą wysokości składki oraz przy przejściu na ubezpieczenie bezskładkowe. Informacja o nowej wartości gwarantowanej będzie zawarta w dokumencie potwierdzającym zmiany.
3. Z zastrzeżeniem ust. 6, wartość dodatkowa polisy naliczana jest raz w roku na dzień poprzedzający rocznicę polisy w sposób następujący:
   1) po zakończeniu każdego roku kalendarzowego obliczana jest stopa zwrotu z lokat stanowiących pokrycie zobowiązań z tytułu Umowy uwzględniająca koszty działalności lokacyjnej (stopa zwrotu z lokat);
   2) stopa udziału w zysku wynosi określoną w Umowie ubezpieczenia część stopy zwrotu z lokat, wyrażoną w wartości procentowej. Wyrażona w procentach wysokość stopy udziału w zysku wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie);
   3) wartość dodatkowa polisy jest iloczynem wartości polisy na koniec roku kalendarzowego oraz stopy zwrotu z lokat ustalonej przez Ubezpieczyciela na koniec roku kalendarzowego oraz stopy udziału w zysku, przy czym;
      a) dla polis, których rocznica przypada między 1. kwietnia a 31. grudnia roku „N" – do obliczeń stosowana jest stopa zwrotu z lokat oraz wartość polisy naliczona na koniec roku kalendarzowego „N-1" (to jest roku poprzedzającego rok, w którym przypada rocznica polisy);
      b) dla polis, których rocznica przypada między 1. stycznia a 31. marca roku „N" – do obliczeń stosowana jest stopa zwrotu z lokat oraz wartość polisy naliczona na koniec roku kalendarzowego „N-2" (to jest roku wcześniejszego niż rok poprzedzający rok, w którym przypada rocznica polisy).
4. Wartość dodatkowa polisy zwiększa wartość polisy w jej rocznicę.
5. W przypadku, gdy stopa zwrotu z lokat będzie ujemna, wartość dodatkowa polisy przyjmie wartość zerową.
6. Jeżeli wynika to z dokumentu ubezpieczenia, wartość dodatkowa polisy jest naliczana począwszy od rocznicy polisy wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.

§ 17
Osoby uprawnione do świadczenia ubezpieczeniowego Uposażony

1. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi poniżej.
2. W przypadku pozostałych ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzul dodatkowych, o ile z postanowień danej klauzuli nie wynika inaczej, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.
3. Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
   1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
   2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
   3) w przypadku, gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
   4) w przypadku, gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
   5) w przypadku, gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
   6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2)–4) powyżej;
   7) w przypadku, gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada spadkobiercom Ubezpieczonego według ich udziału w spadku.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 18
Postępowanie w razie zdarzenia

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Uprawniony jest obowiązany:
   1) każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku;
   2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
   3) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu (dotyczy Ubezpieczonego);
   4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu (dotyczy Ubezpieczonego);
   5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela (dotyczy Ubezpieczonego);
   6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej (dotyczy Ubezpieczonego);
   7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia (dotyczy Ubezpieczonego);
   8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
   9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
   10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 19
Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminach określonych w Umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
4. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych, niezależnie od miejsca zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania, celem ustalenia stanu zdrowia tej osoby dla celów określenia rozmiaru należnego świadczenia. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej. Jednak stan zdrowia takiej osoby może zostać ustalony również na podstawie dokumentacji lekarskiej, w szczególności w przypadku, gdy osoba ta już zmarła.
8. W przypadku, gdy ustalenie rozmiarów świadczenia zależy od ustalenia stopnia inwalidztwa (w odniesieniu do świadczeń dodatkowych, których dotyczą klauzule dodatkowe przewidujące odpowiedzialność Ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzenia w postaci inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego), stopień inwalidztwa określa się w sposób następujący:
   1) stopień inwalidztwa ustalany jest w procentach, w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia zgodnie z Tabelą rodzaju inwalidztwa (Tabela nr 3);
   2) Tabela, o której mowa w pkt 1), jest dostępna w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej **www.concordiaubezpieczenia.pl** oraz stanowi załącznik do OWU;
   3) jeśli w wyniku jednej i tej samej przyczyny Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa, z zastrzeżeniem pkt 4), stopień inwalidztwa określa się poprzez zsumowanie wartości procentowych poszczególnych rodzajów uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia, z tym zastrzeżeniem, że łączny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć 100%;
   4) w przypadku, gdy dany rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w Tabeli nr 3, o której mowa w pkt 1), zawiera w sobie również inne uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określone w tejże Tabeli, jako podstawę do ustalenia stopnia inwalidztwa przyjmuje się jedynie ten rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, który zawiera w sobie inne rodzaje uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia (przykładowo – w przypadku utraty całej kończyny dolnej Ubezpieczyciel nie będzie uwzględniał osobno uszkodzeń ciała takich jak utrata podudzia czy utrata stopy);
   5) rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem było inwalidztwo. Późniejsza zmiana (polepszenie lub pogorszenie) stanu zdrowia nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia;
   6) rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie Tabeli, o której mowa w pkt 1).
9. W przypadku upływu terminu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony dożył końca okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zawiadomi o tym fakcie Ubezpieczonego w terminie 21 dni oraz wezwie go do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w § 18 oraz dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na dożycie w terminie określonym w § 20.

§ 20
Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego i wartości polisy

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.
3. Wypłata wartości polisy w sytuacji, o której mowa w § 6 ust. 4 pkt 3), następuje w ciągu 60 dni licząc od dnia zgłoszenia roszczenia przez osobę uprawnioną lub w ciągu 60 dni licząc od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia (w zależności od tego, która z tych dat przypada później). W przypadku, gdy do tego świadczenia uprawnieni są spadkobiercy Ubezpieczającego – wypłata nastąpi pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczycielowi dokumentów, z których wynika, kto jest spadkobiercą Ubezpieczającego (prawomocne orzeczenie sądu lub akt notarialny).

§ 21
Forma świadczenia ubezpieczeniowego

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22
Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 23
Zmiana treści Umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do Umowy pod rygorem nieważności, o ile OWU nie stanowią inaczej.

§ 24
Przepisy prawa mające zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 25
Zatwierdzenie i wejście w życie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2016 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Członek Zarządu
Grzegorz Kukla

Prezes Zarządu
Jacek Smolarek

KLAUZULA ZKAP 1
PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 1
Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Warunki odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub choroby są następujące:
   1) choroba została zdiagnozowana, a nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
   2) zdarzenie to było podstawą orzeczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
   3) Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania choroby podlegał publicznemu ubezpieczeniu rentowemu, zgodnie z obowiązującymi przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych;
   4) podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
      a) na okres dłuższy niż 2 lata (pojedyncze orzeczenie),
      b) w przypadku niezdolności do pracy wynikającej z zawału serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, przeszczepu dużych narządów, przewlekłej niewydolności nerek podstawą uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy może być więcej niż jedno orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez lekarza orzecznika pod warunkiem jednak, że z przedstawionych orzeczeń będzie wynikać, iż podstawą wszystkich orzeczeń była ta sama przyczyna oraz że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy w sposób ciągły i nieprzerwany przez okres dłuższy niż 2 lata; jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi więcej niż 2 lata. Jednak, jeśli trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 4) b), za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania tego orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie więcej niż 2 lata.
4. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w 3-miesięczną karencję – która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do pracy był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
5. Niniejsza klauzula może mieć zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na własny rachunek (to jest takich, w ramach których Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym).

§ 2
Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejęcia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnej wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki regularnej po dniu, w którym zgodnie z § 1 ust. 3, zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością. Ubezpieczyciel zwróci przy tym Ubezpieczającemu zapłaconą przez Ubezpieczającego składkę za okres przypadający po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ewentualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
5. W przypadku przejęcia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacenia składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w Umowie ubezpieczenia.
6. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym, jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka przejęcia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy wygasa:
1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu, a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały;
2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2 pkt 4); ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1).

§ 4
Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejęcia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w OWU, również orzeczenia lekarza orzecznika o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5
Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2016 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Członek Zarządu
Grzegorz Kukla

Prezes Zarządu
Jacek Smolarek