



skandia życie⁺

spokojne dziś, bezpieczne jutro

Terminowe Ubezpieczenie na Życie

OW-OR-ZCP-151222

	str.
Karta Produktu „Skandia Życie+”	1
Skorowidz „Skandia Życie+”	5
OWU „Skandia Życie+”	7
POSTANOWIENIA OGÓLNE	7
DEFINICJE	7
ZAKRES UBEZPIECZENIA	8
WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ	9
WARUNKI ZAWARCIA UMOWY	9
TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	10
WYSTAWIENIE POLISY	10
CZAS TRWANIA UMOWY	11
SUMA UBEZPIECZENIA	11
ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA	11
ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA	12
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	12
ODSTĄPIENIE OD UMOWY	13
WYPOWIEDZENIE UMOWY	13
ROZWIĄZANIE UMOWY	13
SKŁADKI	13
NADPŁATY SKŁADEK REGULARNYCH	14
INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ	14
UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA	15
ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	16
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI	17
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA	17
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ	18
SKARGI I REKLAMACJE	18
AKTUALIZACJA DANYCH	19
SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ	19
ZASADY PODATKOWE	19



Karta Produktu

Skandia Życie+

Terminowe

Ubezpieczenie na życie



Ubezpieczający

Jesteś osobą, która zawiera Umowę i ma obowiązek wpłacać Składki.



Ubezpieczony

Objmujemy ochroną jego zdrowie i życie. Możesz nim być Ty albo osoba wskazana przez Ciebie jako Ubezpieczającego.



I. GŁÓWNE INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY



Cel i charakter Umowy

Jest to ubezpieczenie o charakterze ochronnym. Celem Umowy jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego, a nie gromadzenie i inwestowanie środków pochodzących ze Składek.

W niniejszej Karcie Produktu znajdziesz szczegółowy opis zasad funkcjonowania Umowy, ale najważniejszym dokumentem określającym Twoje prawa i obowiązki jako Ubezpieczającego są Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU).



Podstawowe cechy Umowy

- W ramach zawartej przez Ciebie Umowy bliscy Ubezpieczonego albo sam Ubezpieczony otrzymają określoną kwotę pieniężną (**Świadczenie**) w przypadku jego śmierci albo Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, bądź Choroby Śmiertelnej.
- Podstawą do ustalenia kwot Świadczeń jest tzw. **Suma Ubezpieczenia**, którą wskazujesz we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Możesz zmienić wysokość Sumy Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy, jednakże dopiero od 2. Rocznicy Polisy (jeżeli mówimy o **Roczniczy Polisy**, mamy na myśli dzień odpowiadający w kolejnych latach Dniowi Początku Odpowiedzialności, jaki będziesz miał wskazany w Polisie).



Okres trwania Umowy

Okres Ubezpieczenia wskazujesz we wniosku o zawarcie Umowy. Może on trwać od 5 do 30 lat, ale nie dłużej niż do dnia przed Rocznicą Polisy po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.



Składka Regularna

Wysokość Składki Regularnej obliczana jest na podstawie wskazanej przez Ciebie Sumy Ubezpieczenia, wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego, długości trwania Umowy oraz wieku Ubezpieczonego.

Minimalna wysokość Składki Regularnej wynosi 80 PLN miesięcznie. Nie możesz zmienić częstotliwości opłacanych składek.

W trakcie trwania Umowy możesz dokonywać nadpłat Składek Regularnych, ale tylko do najbliższej Rocznicy Polisy. Nadpłacając Składkę, pamiętaj aby wpłacana kwota była wielokrotnością Składki miesięcznej.

Wysokość Składki Regularnej opłacanej przez Ciebie może ulec zmianie:

- jeżeli dokonasz zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia,
- na skutek proponowanego przez nas przed każdą Rocznicą Polisy podwyższenia Składki (nazywamy to indeksacją).



II. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I ŚWIADCZENIA



Zakres ochrony ubezpieczeniowej

W ramach Umowy obejmujemy ochroną ubezpieczeniową:

- pierwsze z następujących zdarzeń:
 - śmierć Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny, która nastąpi w Okresie Ubezpieczenia,
 - Całkowite Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, które rozpoczęło się w ciągu 180 dni od wypadku, ale nie później niż przed Rocznicą Polisy przypadającą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
- Chorobę Śmiertelną Ubezpieczonego, która została zdiagnozowana w Okresie Ubezpieczenia, ale nie później niż przed Rocznicą Polisy przypadającą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.



Wykaz i opis świadczeń

Wysokości Świadczeń uzależnione są od wysokości Sumy Ubezpieczenia, zadeklarowanej przez Ciebie we wniosku o zawarcie Umowy. Minimalna wysokość Sumy Ubezpieczenia wynosi 20 000 PLN.

- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonemu i wynosi 100% Sumy Ubezpieczenia. Jednakże jeśli wypłaciliśmy wcześniej Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej, to Świadczenie z tytułu późniejszej śmierci Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o wypłacone uprzednio Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej.
- Świadczenie z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 100% Sumy Ubezpieczenia. Jednakże jeśli wypłaciliśmy wcześniej Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej, to Świadczenie z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa zostanie pomniejszone o wypłacone uprzednio Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej.
- Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu i wynosi 50% Sumy Ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 200 000 PLN.

Łączna kwota wszystkich wypłaconych Świadczeń nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia.

Dodatkowo w okresie od podpisania wniosku o zawarcie Umowy (ale pod warunkiem opłacenia Składki Regularnej) do dnia jej zawarcia obejmujemy ochroną ubezpieczeniową śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku (nazywamy ją tymczasową ochroną ubezpieczeniową).

W ramach tymczasowej ochrony wypłacimy Świadczenie w wysokości 50 000 PLN.



Wypłata świadczeń

Zdarzenie ubezpieczeniowe można do nas zgłosić:

- Korespondencyjnie – na adres naszej siedziby przy ul. Cybernetyki 7 w Warszawie,
- Poczta elektroniczną – na adres e-mail: skandiazycie@skandia.pl,
- Osobiście – w naszej siedzibie lub Biurze Obsługi Klienta, np. najbliższym Twojego miejsca zamieszkania (adresy znajdziesz na naszej stronie internetowej www.skandia.pl),
- Telefonicznie – poprzez Infolinię 801 888 000 / 22 460 22 22.

W terminie 7 dni od powiadomienia nas o zdarzeniu, poinformujemy o tym Ciebie lub Ubezpieczonego (jeśli nie byliście osobami składającymi zawiadomienie) i rozpoczniemy postępowanie dotyczące wypłaty Świadczenia.

Wypłata Świadczenia następuje na podstawie złożonego wniosku o wypłatę oraz w zależności od zdarzenia – innych dokumentów, których szczegółową listę znajdziesz w OWU. Wraz z rozpoczęciem postępowania poinformujemy szczegółowo osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty będą niezbędne do wypłaty.

Jeżeli w wyniku procesu ustalania naszej odpowiedzialności odmówimy wypłaty części lub całości Świadczenia, osoba uprawniona do jego otrzymania będzie mieć możliwość dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej.



III. ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

Początek i koniec odpowiedzialności

Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako Dzień Początku Odpowiedzialności, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu zapłaty Składki Regularnej.

Wygaśnięcie odpowiedzialności nastąpi na skutek upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta, ale nie później niż w dniu odstąpienia przez Ciebie od Umowy bądź w dniu rozwiązania Umowy (patrz pkt IV).

Pamiętaj, że nasza odpowiedzialność z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa i Choroby Śmiertelnej trwa tylko do Rocznicy Polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej

W przypadku zajścia zdarzeń objętych naszą ochroną, mamy prawo do odmowy wypłaty Świadczenia w ściśle określonych, niżej wymienionych przypadkach:

- w przypadku śmierci Ubezpieczonego, jeżeli spowodowana została lub zaszła w następstwie:
 - wojny, aktów terroru, działań wojennych, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach (chyba, że wynikało ono z czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej),
 - skażenia biologicznego, chemicznego lub promieniotwórczego, jeżeli było one spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w ciągu pierwszych 2 lat.
- w przypadku Całkowitego Trwałego Inwalidztwa, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, spowodowany został lub zaszedł w następstwie:
 - wojny, aktów terroru, działań wojennych, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach (chyba, że wynikało ono z czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej),
 - skażenia biologicznego, chemicznego lub promieniotwórczego, jeżeli było one spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (rozumianego jako stan, w którym zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,5‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,25 mg alkoholu w 1 dm³) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - umyślnego samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego bądź okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, jak również usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - wypadku lotniczego, w którym Ubezpieczony był pasażerem lub pilotem, wyłączenie nie dotyczy pasażera samolotu pasażerskiego linii lotniczych posiadających uprawnienia do przewozu pasażerów,
 - chorób Ubezpieczonego, w tym chorób umysłowych lub zaburzeń psychicznych, z zastrzeżeniem, że wyłączenie nie dotyczy chorób stanowiących następstwo obrażeń fizycznych ciała, spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - leczenia lub zabiegów o charakterze leczniczym lub diagnostycznym, chyba że były one związane z leczeniem następstw Nieszczęśliwego Wypadku,
 - uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo sportów spadochronowych, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa, sportów motocyklowych, sportów motorowodnych, wspinaczki skałkowej i wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu poza trasowego, speleologii, nurkowania z użyciem sprzętu specjalistycznego, kitesurfingu, sportów walki lub czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych.

Nie ponosimy też odpowiedzialności za skutki zdarzeń (o ile nastąpiły w okresie pierwszych 3 lat), o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy, a które przemilczałeś lub wskazałeś nieprawdziwie, a w szczególności gdy nie wiedzieliśmy o chorobie Ubezpieczonego.



IV. REZYGNAcja Z UMOWY

Odstąpienie od Umowy

Masz prawo do odstąpienia od Umowy w okresie pierwszych 30 dni od zawarcia Umowy (ale jeśli jesteś przedsiębiorcą, musisz podjąć tę decyzję w okresie 7 dni).

Rozwiązanie Umowy

Umowa ulegnie rozwiązaniu w przypadku, gdy:

- wypłacimy Świadczenie z tytułu pierwszego ze zdarzeń: śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego Trwałego Inwalidztwa,
- nie zapłacisz wymaganej Składki Regularnej do 30 dnia (dodatkowy termin do wpłaty Składki), licząc od Terminu Płatności, w którym była ona należna, pomimo naszego wezwania do zapłaty,
- złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy,
- skończy się okres, na jaki zawarłeś Umowę (Okres Ubezpieczenia).

Umowa ulegnie rozwiązaniu w najwcześniejszej z powyższych dat.

W przypadku wypowiedzenia przez Ciebie umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.



V. SKARGI I REKLAMACJE

Skargę lub reklamację możesz złożyć w każdym czasie:

- Korespondencyjnie – na adres naszej siedziby przy ul. Cybernetyki 7 w Warszawie, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego,
- Poczta elektroniczną – na adres e-mail: reklamacje.skandia@skandia.pl, który został specjalnie wyznaczony do składania reklamacji,
- Osobiście – w naszej siedzibie lub dowolnym Biurze Obsługi Klienta, np. najbliższym Twojego miejsca zamieszkania (adresy znajdziesz na naszej stronie internetowej www.skandia.pl)
- Telefonicznie – poprzez Infolinię 801 888 000 / 22 460 22 22.

Podane powyżej adresy i numery telefonu są aktualne na dzień zawarcia Umowy; w przypadku zmiany Ubezpieczyciel przekaże informacje o aktualnych danych.

Twoją reklamację postaramy się rozpatrzyć jak najszybciej, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli jednak w ww. terminie nie będziemy mogli rozpatrzyć sprawy i udzielić odpowiedzi, prześlemy Ci wyjaśnienia dotyczące przyczyny opóźnienia, wskazując jednocześnie okoliczności niezbędne do ustalenia oraz przewidywany termin zakończenia (nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji).

Odpowiedź na zgłoszoną reklamację prześlemy Ci w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji.

Na Twoją prośbę możemy przekazać też odpowiedź za pomocą poczty elektronicznej.



VI. PODATKI

Zgodnie z przepisami wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń osobowych. Wyjątki od zasady zwolnienia z podatku dochodowego dotyczą kwot wypłacanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczeniowej:

- z tytułu ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, w sytuacji gdy składka została zainwestowana w tym funduszu kapitałowym, a świadczenie ma charakter zmienny;
- z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, jeśli kwota finalnego świadczenia z tytułu dożycia jest uzależniona od indeksów, wartości bazowych lub wskaźników określonych w umowie.

Jeżeli powyższe przypadki nie dotyczą Twojego ubezpieczenia, to otrzymane kwoty będą **zwolnione z podatku dochodowego** od osób fizycznych.

Świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu umów ubezpieczenia na życie otrzymywane przez osoby prawne, jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, z wyjątkiem spółek nie posiadających osobowości prawnej, podlegają opodatkowaniu na zasadach określonych w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego suma ubezpieczenia przysługująca osobie uprawnionej nie należy do spadku po nim. Tym samym nie podlega przepisom prawa spadkowego. Oznacza to, że wskazując osobę uprawnioną można dokonać rozporządzenia zgromadzonymi środkami bez późniejszego obowiązku zapłaty przez uprawnionego zachowku na rzecz spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego, który by im przypadł w razie dziedziczenia z ustawy.

W związku z tym, że świadczenia z umowy ubezpieczenia nie wchodzi w skład masy spadkowej, nie będą podlegać opodatkowaniu podatkiem od spadków i darowizn.

Skorowidz do OWU „Skandia Życie+”

o indeksie: OW-OR-ZCP-151222



Informacja przekazana zgodnie z wymaganiami wynikającymi z Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń, wydane na podstawie art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Poniżej znajdziesz listę ważnych dla Ciebie tematów opisanych w OWU i wskazanie, w których paragrafach zapisy te się znajdują.

Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 3 OWU (Zakres ubezpieczenia)

§ 4 OWU (Wysokości świadczeń)

§ 6 OWU (Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa)

§ 20 OWU (Zasady wypłaty świadczeń)

§ 21 OWU (Świadczenie z tytułu Śmierci)

§ 22 OWU (Świadczenie z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa)

§ 23 OWU (Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej)

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia

§ 11 OWU (Odpowiedzialność Ubezpieczyciela)

§ 12 OWU (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela)

Niniejszy dokument został zatwierdzony Uchwałą Nr 388/2015 Zarządu Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 22 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku

Paweł Ziemba
Prezes Zarządu

Witold Czechowski
Członek Zarządu



Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Skandia Życie+”

(OW-OR-ZCP-151222)



Drogi Kliencie zawierający Umowę!

Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) to najważniejszy dokument określający Twoje jako Ubezpieczającego prawa i obowiązki wynikające z Umowy. W niektórych miejscach znajdziesz krótkie objaśnienia lub przykłady, które ułatwią Ci lekturę i zrozumienie treści OWU. Pamiętaj, że opisy te należy czytać łącznie z treścią paragrafów, ponieważ to one są najważniejsze.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Skandia Życie+” (OWU) Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. zawiera umowy terminowego ubezpieczenia na życie.
2. Treść Umowy zawarta jest we wniosku o zawarcie Umowy, OWU, Polisie, załącznikach do Polisy oraz innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową lub uzgodnionych przez strony Umowy.
3. Umowa może być zawarta na warunkach odbiegających od niniejszych OWU, uzgodnionych przez strony Umowy.
4. Przedmiotem Umowy jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2



Niektóre zwroty używane w OWU są pisane wielką literą. Są one zdefiniowane, ponieważ mają szczególne znaczenie dla umowy ubezpieczenia lub ich treść odbiega od języka potocznego. Dla ułatwienia zostały one podzielone na grupy tematyczne. Jeżeli zapoznasz się z nimi, będzie Ci łatwiej zrozumieć całą treść OWU.

1. We wszelkich dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem Umowy zawartej na podstawie OWU, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

Podmioty Umowy

- 1) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę z Ubezpieczycielem i zobowiązany do zapłaty Składki Regularnej. Jeżeli Ubezpieczający ubezpiecza swoje życie i zdrowie, jest jednocześnie Ubezpieczonym.
- 2) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy.
- 3) **Ubezpieczyciel** – Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- 4) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU.
- 5) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana jako uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, na warunkach określonych w OWU, jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracił prawo do tego Świadczenia albo w przypadku braku wskazania Uposażonego.

Parametry Umowy

- 6) **Suma Ubezpieczenia** – kwota stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczeń.
- 7) **Okres Ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy, liczony w Latach Polisy, rozpoczynający się w Dniu Początku Odpowiedzialności, a kończący w dniu rozwiązania Umowy.
- 8) **Dzień Początku Odpowiedzialności** – wskazany w Polisie dzień początku Okresu Ubezpieczenia.

- 9) **Miesiąc Polisy** – okres miesięczny, którego początkiem jest Dzień Początku Odpowiedzialności, a w okresach kolejnych – dzień, który datą odpowiada Dniowi Początku Odpowiedzialności, a jeżeli takiego dnia nie ma – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego; powyższy okres upływa z początkiem kolejnego Miesiąca Polisy.
- 10) **Rocznica Polisy** – dzień odpowiadający Dniowi Początku Odpowiedzialności w kolejnych Latach Polisy, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego uważa się ostatni dzień lutego każdego następnego Roku Polisy.
- 11) **Rok Polisy** – okres roczny między kolejnymi Rocznicami Polisy; pierwszy Rok Polisy rozpoczyna się w Dniu Początku Odpowiedzialności, a kolejne Lata Polisy rozpoczynają się w Rocznicę Polisy.
- 12) **Wiek** – ilekroć w OWU jest mowa o wieku albo o tym, że dana osoba ma określoną liczbę lat, oznacza to liczbę ukończonych pełnych lat tej osoby.

Platności składek

- 13) **Składka Regularna (Składka)** – kwota wynikająca z Umowy, wpłacana w wysokości i Terminie Platności wskazanymi w Polisie.
- 14) **Termin Platności** – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka Regularna. Jest to dzień wskazany w Polisie, który odpowiada Dniowi Początku Odpowiedzialności.

Zdarzenia ubezpieczeniowe

- 15) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Ubezpieczenia, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną i niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zawału serca oraz udaru mózgu.
- 16) **Całkowite Trwałe Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Całkowite Trwałe Inwalidztwo)** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, powodujące łącznie:
 - a) całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz
 - b) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji (przez którą należy rozumieć niezdolność do samodzielnego zaspokajania co najmniej 3 z następujących potrzeb życiowych: korzystania z toalety, poruszania się, ubierania się, mycia się, odżywiania się),
pod warunkiem, że stan ten trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 kolejnych miesięcy oraz że zgodnie z wiedzą medyczną aktualną na ostatni dzień 12-miesięcznego okresu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, o którym mowa powyżej, nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.
- 17) **Choroba Śmiertelna** – nieuleczalna, zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie Ubezpieczenia choroba Ubezpieczonego, co do której, zgodnie z wiedzą medyczną aktualną na dzień jej zdiagnozowania, są rokowania, że choroba ta doprowadzi do śmierci Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.

Świadczenia z tytułu Umowy

- 18) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach wskazanych w OWU w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy.

Dokumenty

- 19) **Umowa** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU.
- 20) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3



Pamiętaj, że to ubezpieczenie ma charakter ochronny. Jego celem nie jest gromadzenie oszczędności na przyszłość, lecz zapewnienie bezpieczeństwa finansowego Ubezpieczonemu lub jego bliskim w przypadku zaistnienia nieszczęśliwych i nieoczekiwanych wydarzeń w jego życiu.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia,
- 2) Całkowite Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, które rozpoczęło się w Okresie Ubezpieczenia w ciągu 180 dni od Nieszczęśliwego Wypadku, ale nie później niż przed Rocznicą Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
- 3) Chorobę Śmiertelną Ubezpieczonego, która została zdiagnozowana w Okresie Ubezpieczenia, ale nie później niż przed Rocznicą Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

§ 4

- Świadczenie z tytułu Umowy jest wypłacane przez Ubezpieczyciela:
 - w przypadku wystąpienia pierwszego ze zdarzeń:
 - śmierci Ubezpieczonego albo
 - Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - w przypadku wystąpienia Choroby Śmiertelnej.

Wysokość Świadczenia jest obliczana na podstawie Sumy Ubezpieczenia.

Przykłady wypłaty Świadczenia

Przykład nr 1

- Suma Ubezpieczenia 150 000 PLN
- Jeśli Ubezpieczony zachoruje na Chorobę Śmiertelną, wypłacimy Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej w wysokości $50\% \times 150\,000\text{ PLN} = 75\,000\text{ PLN}$.
- Później, jeśli Umowa będzie trwała nadal i zajdzie jedno ze zdarzeń: śmierć Ubezpieczonego lub Całkowite Trwałe Inwalidztwo, wypłacimy pozostałe 75 000 PLN.

Przykład nr 2

- Suma Ubezpieczenia 150 000 PLN
- Jeśli zajdzie jedno ze zdarzeń: śmierć Ubezpieczonego lub Całkowite Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, wypłacimy świadczenie w wysokości 150 000 PLN (czyli 100% Sumy Ubezpieczenia).

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 1 i 3, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego. Jednakże jeżeli Ubezpieczyciel wypłacił wcześniej Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej, wówczas kwota Świadczenia z tytułu śmierci pomniejszona zostanie o kwotę wypłaconego uprzednio Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej.
- W przypadku Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2 – 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia. Jednakże jeżeli Ubezpieczyciel wypłacił wcześniej Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej, wówczas kwota Świadczenia z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego pomniejszona zostanie o kwotę wypłaconego uprzednio Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej. Ubezpieczyciel wypłaca Sumę Ubezpieczenia aktualną na ostatni dzień 12-miesięcznego okresu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa, o którym mowa w § 2 pkt 16) lub jeśli okres ten zakończył się po rozwiązaniu Umowy – na ostatni dzień przed jej rozwiązaniem.
- W przypadku Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% Sumy Ubezpieczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania Choroby Śmiertelnej, jednakże nie więcej niż kwotę równą 200 000 PLN (dwieście tysięcy złotych). Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej wypłacane jest tylko raz w Okresie Ubezpieczenia.
- Od odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy jest ograniczona do wysokości Sumy Ubezpieczenia, w związku z czym suma wypłaconych Świadczeń nie może przekroczyć kwoty stanowiącej 100% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na dzień wypłaty ostatniego ze Świadczeń.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 5

- Warunkiem zawarcia Umowy jest łączne spełnienie następujących przesłanek:
 - złożenie prawidłowo wypełnionego, kompletnego wniosku o zawarcie Umowy, podpisanego przez Ubezpieczającego oraz osobę, która ma być Ubezpieczonym; w przypadku, gdy osoba, która ma być Ubezpieczonym nie ma zdolności do czynności prawnych – jej przedstawiciela ustawowego, a w przypadku ograniczonej zdolności do czynności prawnych Ubezpieczonego – obu wyżej wymienionych osób;
 - na wniosek Ubezpieczyciela – wypełnienie dodatkowych formularzy, dostarczenie dodatkowej dokumentacji medycznej oraz na żądanie i koszt Ubezpieczyciela – poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela, w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela;
 - akceptacja wniosku o zawarcie Umowy przez Ubezpieczyciela.



Jednym z etapów rozpatrywania wniosku jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego. Dokonujemy jej na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Ciebie we wniosku, ale możemy też poprosić o podanie dodatkowych informacji lub o poddanie się badaniom medycznym na nasz koszt.

- Ubezpieczyciel może zwrócić wniosek o zawarcie Umowy do uzupełnienia – w przypadku niewypełnienia wniosku, zgodnie z ust. 1 pkt 1, lub zażądać dodatkowych dokumentów i informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o zawarciu Umowy.



Może się okazać, że ze względu na stan zdrowia Ubezpieczonego wysokość Sumy Ubezpieczenia zostanie zmniejszona lub podwyższony wysokość Składki. Jeśli nie wyrazisz zgody na taką zmianę w terminie 7 dni od otrzymania Polisy, nie dojdzie do zawarcia Umowy (informacje o tym znajdziesz w § 7).

3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy, jak również dodatkowych informacji podanych na zapytanie Ubezpieczyciela oraz w innych dokumentach dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym wyników badań medycznych wykonanych na wniosek Ubezpieczyciela dokonywana jest ocena ryzyka. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo zaproponowania przed zawarciem Umowy:
 - 1) obniżenia wysokości Sumy Ubezpieczenia lub podwyższenia wysokości Składki Regularnej zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy,
 - 2) zastosowania warunków innych niż określone w OWU.

Twój wniosek jest ważny przez 90 dni. W tym okresie zapłać Składkę Regularną.

4. W przypadku niewpłynięcia Składki Regularnej lub braku dodatkowych dokumentów i informacji, o których mowa w ust. 2, ważność wniosku o zawarcie Umowy wygasa z upływem 90 dni od daty jego sporządzenia. Data sporządzenia wniosku o zawarcie Umowy jest wskazana na tym wniosku.
5. Ubezpieczyciel ma prawo nie zaakceptować wniosku o zawarcie Umowy i odmówić jej zawarcia. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Regularną w terminie 7 dni od dnia odmowy.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 6



W okresie pomiędzy złożeniem przez Ciebie wniosku o zawarcie Umowy a wystawieniem Polisy obejmujemy życie Ubezpieczonego tymczasową ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że wpłacona zostanie Składka Regularna.

1. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
Listę przypadków, w których odmówimy wypłaty świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej znajdziesz w § 12 (Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela).
2. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa polega na tym, że w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem § 12 ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub Uposażonemu Zastępczemu lub innej osobie uprawnionej kwotę 50 000 PLN (pięćdziesiąt tysięcy złotych), pod warunkiem, że zarówno śmierć Ubezpieczonego, jak i Nieszczęśliwy Wypadek będący jej przyczyną zajdą w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczający złożył kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o zawarcie Umowy,
 - 2) Ubezpieczający zapłacił w pełnej wysokości pierwszą Składkę Regularną, zadeklarowaną we wniosku o zawarcie Umowy.
4. Pierwsza Składka Regularna, zadeklarowana we wniosku o zawarcie Umowy uwzględnia koszt udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje automatycznie we wskazanych niżej terminach, w przypadku wystąpienia któregokolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) zawarcia Umowy – z upływem dnia bezpośrednio poprzedzającego Dzień Początku Odpowiedzialności,
 - 2) niezawarcia Umowy – z upływem dnia doręczenia wnioskodawcy zawiadomienia Ubezpieczyciela o odmowie zawarcia Umowy, zgodnie z § 5 ust. 5 lub zgłoszenia przez wnioskodawcę sprzeciwu, o którym mowa w § 7 ust. 3,
 - 3) upływu ważności wniosku o zawarcie Umowy – z upływem dnia, w którym wniosek o zawarcie Umowy utracił ważność zgodnie z § 5 ust. 4,
 - 4) śmierci Ubezpieczonego przed Dniem Początku Odpowiedzialności – z dniem śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli nie doszło do zawarcia Umowy i jednocześnie nie przysługuje Świadczenie z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zwraca w całości wpłaconą przez Ubezpieczającego pierwszą Składkę Regularną.

WYSTAWIENIE POLISY

§ 7



Po podjęciu pozytywnej decyzji w sprawie zawarcia Umowy i opłaceniu przez Ciebie pierwszej Składki Regularnej, potwierdzimy zawarcie Umowy, wystawiając Polisę.

1. Z zastrzeżeniem prawa do odmowy zawarcia Umowy, Ubezpieczyciel potwierdza zawartą Umowę oraz wskazuje Dzień Początku Odpowiedzialności, wystawiając Polisę.

2. Wskazanie w Polisie Dnia Początku Odpowiedzialności następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni po spełnieniu łącznie warunków wskazanych w § 5 ust. 1 i opłaceniu przez Ubezpieczającego pierwszej Składki Regularnej. Ubezpieczyciel doręcza Polisé Ubezpieczającemu, niezwłocznie po jej wystawieniu.



Masz prawo sprzeciwić się warunkom wskazanym w Polisie, których nie ma w OWU lub we wniosku o zawarcie Umowy, jeśli uważasz, że są dla Ciebie niekorzystne. Masz na to 7 dni, licząc od dnia doręczenia Polisy. Pamiętaj jednak, że złożenie sprzeciwu spowoduje, że Umowa nie zostanie zawarta.

3. W przypadku, gdy Polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy lub OWU, Ubezpieczyciel przy doręczeniu Polisy pisemnie powiadamia o tym Ubezpieczającego, wyznaczając mu siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Termin, o którym mowa powyżej, uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem Ubezpieczający złoży Ubezpieczycielowi sprzeciw w sposób umożliwiający jednoznaczne ustalenie daty złożenia tego sprzeciwu.
4. W przypadku braku sprzeciwu wskazanego w ust. 3, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie wyznaczonego siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu. W razie zgłoszenia sprzeciwu wskazanego w ust. 3, Umowa nie zostanie zawarta i Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu Składkę Regularną w terminie 7 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

Przy zawieraniu Umowy bierzemy pod uwagę wiek Ubezpieczonego.

1. Umowa może być zawarta wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który ma ukończone 18 lat oraz nie ma ukończonych 60 lat.
2. We wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje okres, na jaki Umowa ma być zawarta. Okres ten może wynosić od 5 do 30 lat i nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9



Suma Ubezpieczenia to kwota, która pomoże Ci w obliczeniu wysokości poszczególnych Świadczeń. Znajdziesz ją w Polisie.

1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia jest deklarowana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy i potwierdzana przez Ubezpieczyciela w Polisie.
2. Minimalna wysokość Sumy Ubezpieczenia wynosi 20 000 PLN (dwadzieścia tysięcy złotych).

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

§ 10



Wysokość Sumy Ubezpieczenia możesz zmienić od 2 Rocznicy Polisy. Od tego dnia możesz to zrobić w każdym Terminie Płatności.

1. Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Ubezpieczyciela, zmienić (podwyższyć lub obniżyć) Sumę Ubezpieczenia w każdym Terminie Płatności, na poniżej wskazanych zasadach.
2. Ubezpieczający może dokonać zmiany Sumy Ubezpieczenia najwcześniej w drugą Rocznicę Polisy. W tym celu powinien zwrócić się z wnioskiem o podwyższenie lub o obniżenie Sumy Ubezpieczenia najpóźniej na 30 dni przed Terminem Płatności najbliższej niezapłaconej Składki Regularnej, od którego zmiana ma obowiązywać.
3. Przed akceptacją wniosku o podwyższenie Sumy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel może:
 - 1) zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) skierować Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela.
4. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o podwyższenie Sumy Ubezpieczenia, jak również dodatkowych informacji podanych na zapytanie Ubezpieczyciela oraz w innych dokumentach dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w tym wyników badań medycznych wykonanych na wniosek Ubezpieczyciela, dokonywana jest ocena ryzyka.



Zmiana wysokości Sumy Ubezpieczenia wpływa na zmianę wysokości Składki i odwrotnie – zmiana wysokości Składki wpływa na zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia. O zmianie wysokości Składki (nazywamy to indeksacją Składki) przeczytaj w § 18.

5. Zmiana Sumy Ubezpieczenia powoduje każdorazowo odpowiednią zmianę wysokości Składki Regularnej. Nowa wysokość Składki Regularnej jest obliczana na podstawie zmienionej wysokości Sumy Ubezpieczenia, a w przypadku podwyższenia Sumy Ubezpieczenia ponadto na podstawie wyników oceny ryzyka, czasu, który pozostał do końca okresu, na jaki została zawarta Umowa oraz aktualnego Wzrostu Ubezpieczonego.

6. Zmiana wysokości Sumy Ubezpieczenia nie jest możliwa po wypłacie Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się we wskazanym w Polisie Dniu Początku Odpowiedzialności, ale nie wcześniej niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej Składki Regularnej w pełnej wysokości.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa na skutek upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta, ale nie później niż w najwcześniejszej z następujących dat:
 - 1) odstąpienia od Umowy, zgodnie z § 13,
 - 2) rozwiązania Umowy, zgodnie z § 15.
3. W zakresie dotyczącym Choroby Śmiertelnej oraz Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w dniu poprzedzającym Rocznicę Polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 12



Wyłączenia odpowiedzialności oznaczają listę przypadków, w których nie wypłacimy Świadczenia.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana została lub zaszła w następstwie:
 - 1) wojny, aktów terroru, działań wojennych, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach (chyba że uczestnictwo Ubezpieczonego wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej),
 - 2) skażenia biologicznego, chemicznego lub promieniotwórczego, jeżeli było ono spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w ciągu pierwszych 2 Lat Polisy.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek będący jego przyczyną spowodowany został lub zaszedł w następstwie:
 - 1) wojny, aktów terroru, działań wojennych, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach (chyba że uczestnictwo Ubezpieczonego wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej),
 - 2) skażenia biologicznego, chemicznego lub promieniotwórczego, jeżeli było ono spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (rozumianego jako stan, w którym zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,5‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,25 mg alkoholu w 1 dm³) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - 5) umyślnego samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego bądź okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, jak również usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 6) wypadku lotniczego, w którym Ubezpieczony był pasażerem lub pilotem, wyłączenie nie dotyczy pasażera samolotu pasażerskiego linii lotniczych posiadających uprawnienia do przewozu pasażerów,
 - 7) chorób Ubezpieczonego, w tym chorób umysłowych lub zaburzeń psychicznych, z zastrzeżeniem, że wyłączenie nie dotyczy chorób stanowiących następstwo obrażeń fizycznych ciała, spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - 8) leczenia lub zabiegów o charakterze leczniczym lub diagnostycznym, chyba że były one związane z leczeniem następstw Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 9) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo sportów spadochronowych, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa, sportów motocyklowych, sportów motorowodnych, wspinaczki skałkowej i wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu pozatrasowego, speleologii, nurkowania z użyciem sprzętu specjalistycznego, kitesurfingu, sportów walki lub czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy i które nie zostały podane do jego wiadomości lub podano je nieprawdziwie, a w szczególności gdy została zatajona choroba Ubezpieczonego (z wyjątkiem przypadku, gdy Umowa została zawarta mimo braku odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela). Powyższe wyłączenie odpowiedzialności dotyczy sytuacji, gdy do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy, które nastąpiło na skutek tych okoliczności - doszło w ciągu pierwszych 3 Lat Polisy.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł, spowodowany został lub zaszedł w następstwie okoliczności wskazanych w ust. 1 - 2.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY § 13



Po otrzymaniu Polisy masz prawo do odstąpienia od Umowy – wtedy Umowa nie dojdzie do skutku.

**Okres na odstąpienie to 30 dni, licząc od zawarcia Umowy
(ale jeżeli jesteś przedsiębiorcą, wówczas masz tylko 7 dni na decyzję).**

1. Z zastrzeżeniem siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w § 7 ust. 3, Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni, licząc od dnia zawarcia Umowy wskazanego w Polisie. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 3, termin na odstąpienie liczony jest od daty upływu terminu na zgłoszenie sprzeciwu. Termin, o którym mowa powyżej, uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem Ubezpieczający złoży Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu od Umowy w sposób umożliwiający jednoznaczne ustalenie daty jego złożenia.
2. Odstąpienie staje się skuteczne z dniem złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu.

Wysokość kwoty do wypłaty

3. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę Regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od dnia złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu.

WYPOWIEDZENIE UMOWY § 14

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie jej trwania.
2. Wypowiedzenie Umowy polega na złożeniu Ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy w formie pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Okres wypowiedzenia kończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą przez Ubezpieczającego Składkę Regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od dnia rozwiązania Umowy.

ROZWIĄZANIE UMOWY § 15



Umowa trwa do dnia wskazanego w Polisie, ale może być rozwiązana wcześniej, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo na skutek Twojej decyzji, albo zaniechania opłacania składek. Poniżej znajdziesz dokładne informacje na ten temat.

1. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek:
 - 1) wypłaty Świadczenia – z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu pierwszego ze zdarzeń: śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca Polisy, w którym Ubezpieczający doręczył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - 3) niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w pełnej wysokości w dodatkowym 30-dniowym terminie, o którym mowa w § 16 ust. 6, wskazanym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty zaległej Składki - z upływem ostatniego dnia tego terminu,
 - 4) upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta – z dniem wskazanym w Polisie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w najwcześniejszej z powyżej wskazanych dat.

SKŁADKI § 16

1. Wysokość Składki Regularnej jest obliczana przez Ubezpieczyciela na podstawie wysokości Sumy Ubezpieczenia, wyników oceny ryzyka, długości okresu, na jaki ma zostać zawarta Umowa oraz Wzrostu Ubezpieczonego. Wysokość Składki Regularnej jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela w Polisie.
2. Składka Regularna jest skalkulowana przez Ubezpieczyciela przy uwzględnieniu wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie dotyczącym Choroby Śmiertelnej oraz Całkowitego Trwałego Inwalidztwa. Obliczona w taki sposób kwota Składki jest równomiernie rozłożona przez cały Okres Ubezpieczenia.

Minimalna miesięczna Składka Regularna to 80 PLN

3. Minimalna miesięczna wysokość Składki Regularnej wynosi 80 PLN (osiemdziesiąt złotych).



Termin Płatności opłacania składek jest indywidualnie ustalony dla każdej Umowy i zależy od Dnia Początku Odpowiedzialności. Znajdziesz go w Polisie.

Przykład Terminu Płatności

- Dzień Początku Odpowiedzialności – 5 stycznia RRRR r.
 - Termin Płatności – 5. dnia każdego miesiąca kalendarzowego
- Oznacza to, że wpłacona przez Ciebie Składka Regularna za okres rozpoczynający się 5 lutego i kończący się 4 marca powinna znaleźć się na naszym rachunku najpóźniej 5 lutego.

4. Ubezpieczający opłaca Składki Regularne z góry, z częstotliwością miesięczną, najpóźniej w Terminie Płatności, na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela w dokumentach załączonych do Polisy. Termin Płatności, właściwy dla danej Umowy, wskazany jest w Polisie.
5. Za dzień zapłaty Składki Regularnej uznaje się dzień, w którym Składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela w pełnej wysokości należnej za dany okres.

Konsekwencja braku wpłaty Składki Regularnej



Jeśli nie opłacisz Składki Regularnej w terminie, poprosimy Cię o uzupełnienie zaległości i wskażemy, w jakim terminie powinienś to zrobić. Jeśli nie uzupełnisz zaległości, Twoja Umowa ulegnie rozwiązaniu.

6. W przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w pełnej wysokości do dnia Terminu Płatności, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w pełnej wysokości w dodatkowym terminie, kończącym się w 30 dniu, licząc od Terminu Płatności pierwszej nieopłaconej Składki oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia Składki w dodatkowym terminie.
7. W przypadku wypłacenia Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki Regularnej w dotychczasowej wysokości.

NADPŁATY SKŁADEK REGULARNYCH

§ 17



Podczas trwania Umowy możesz dokonywać nadpłaty Składek Regularnych.

Najlepiej, jeśli wpłacana przez Ciebie kwota będzie stanowiła wielokrotność Twojej Składki Regularnej. W tytule przelewu określ, ile Składek nadpłacasz.

Przykłady nadpłat

Przykład nr 1 – Nadpłata w wysokości wielokrotności Składki Regularnej

- Wymagana Składka Regularna – 120 PLN
 - Nadpłata 480 PLN dokonana w połowie Roku Polisy ($480 : 120 = 4$)
 - Wysokość nadpłaty = 4-krotność Składki Regularnej
- Przyjmujemy nadpłatę 4 Składek Regularnych.

Przykład nr 2 – Nadpłata za okres przekraczający najbliższą Rocznicę Polisy

- Wymagana Składka Regularna – 120 PLN
 - Rocznicza Polisy 1 września
 - Nadpłata 500 PLN dokonana w czerwcu
 - Wysokość nadpłaty (do najbliższej Rocznicy Polisy) = 2-krotność Składki Regularnej = 240 PLN
 - Nadwyżka = 260 PLN
- Przyjmujemy nadpłatę 2 Składek Regularnych. Nadwyżka w wysokości 260 PLN zostanie zwrócona.

1. W trakcie danego Roku Polisy Ubezpieczający ma prawo dokonać zapłaty Składek Regularnych za więcej niż jeden okres, za który należna jest Składka Regularna, maksymalnie za okres do najbliższej Rocznicy Polisy.
2. W przypadku dokonania nadpłaty w wysokości kwoty nie stanowiącej wielokrotności Składki Regularnej lub kwoty nadpłaty wyższej niż wymagana wysokość Składki Regularnej za okres do najbliższej Rocznicy Polisy, pozostała część wpłaconej przez Ubezpieczającego kwoty, która stanowi nadwyżkę, zostanie niezwłocznie zwrócona Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela.

INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ

§ 18



Przed każdą Rocznicą Polisy otrzymasz od nas propozycję indeksacji Składki Regularnej, czyli jej podwyższenia o wskaźnik opisany poniżej.

Pamiętaj, że masz prawo do odmowy.

1. Indeksacja Składki Regularnej polega na podwyższeniu opłacanej przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w każdą Rocznicę Polisy o większą z dwóch wartości:
 - 1) 12-miesięczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług, ogłaszany przez Główny Urząd Statystyczny na koniec kwartału kalendarzowego, kończącego się nie wcześniej niż 6 miesięcy i nie później niż 3 miesiące przed daną Rocznicą Polisy,
 - 2) 5%.
2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego na piśmie o zamiarze dokonania indeksacji Składki Regularnej, nie później niż na 30 dni przed Rocznicą Polisy, od której indeksacja ma zostać dokonana.
3. Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na proponowaną indeksację Składki Regularnej, informując o tym Ubezpieczyciela, w terminie do 7 dni przed Rocznicą Polisy, od której indeksacja ma zostać dokonana, najpóźniej przed dniem zapłaty pierwszej Składki Regularnej w kolejnym Roku Polisy. Brak sprzeciwu w powyższym terminie uznany będzie za równoznaczny z wyrażeniem zgody na indeksację Składki Regularnej.

Jeżeli przez 2 kolejne lata odmówisz indeksacji Składki Regularnej, w kolejnych latach zrezygnujemy z jej dokonywania.

4. Jeżeli Ubezpieczający 2 razy w kolejno po sobie następujących Latach Polisy nie wyrazi zgody na proponowaną przez Ubezpieczyciela indeksację Składki Regularnej, Ubezpieczyciel zaniecha dokonywania indeksacji do dnia rozwiązania Umowy.

Indeksacja Składki Regularnej powoduje podwyższenie Sumy Ubezpieczenia.

5. Indeksacja Składki Regularnej powoduje każdorazowo odpowiednie podwyższenie wysokości Sumy Ubezpieczenia. Nowa wysokość Sumy Ubezpieczenia jest obliczana na podstawie zmienionej wysokości Składki Regularnej, czasu, który pozostał do końca okresu, na jaki została zawarta Umowa oraz aktualnego Wiek Ubezpieczonego.
6. Po wypłacie Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej indeksacja Składki Regularnej nie jest dokonywana.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA § 19

W zależności od rodzaju świadczenia, uprawnionymi są inne osoby, szczegółowo wskazane poniżej.

1. Do Świadczenia – w zależności od tytułu, z którego jest ono wypłacane, uprawnieni są:
 - 1) z tytułu śmierci Ubezpieczonego – Uposażony albo Uposażony Zastępczy bądź w przypadku braku Uposażonego i Uposażonego Zastępczego inne osoby zgodnie z zasadami wymienionymi w ust. 8 – 9,
 - 2) z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – Ubezpieczony,
 - 3) z tytułu Choroby Śmiertelnej – Ubezpieczony,
 - 4) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – Uposażony albo Uposażony Zastępczy bądź w przypadku braku Uposażonego i Uposażonego Zastępczego inne osoby zgodnie z zasadami wymienionymi w ust. 8 – 9.



Już we wniosku o zawarcie Umowy można wskazać osoby, które mają otrzymać pieniądze w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Takie osoby nazywamy Uposażonymi, czyli uprawnionymi do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci. Nie muszą nimi być członkowie rodziny.

2. W przypadku, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym, ma on prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych. W przypadku Umów, w ramach których Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, prawo do wskazania jednego lub więcej Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu.
3. Osoba uprawniona do wskazania Uposażonego może w każdym czasie zmienić lub odwołać Uposażonego. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego, zawierające datę i podpis osoby uprawnionej do wskazania Uposażonego, wywołuje skutki prawne od dnia jego doręczenia Ubezpieczycielowi.
4. W przypadku wyznaczenia więcej niż jednego Uposażonego, wymagane jest określenie procentowego udziału każdego ze wskazanych Uposażonych w kwocie Świadczenia z tytułu Śmierci, z dokładnością do 1%.
5. Jeżeli osoba uprawniona do wskazania Uposażonego, o której mowa w ust. 2, wskazała więcej niż jednego Uposażonego i nie określiła procentowego udziału każdego z nich w kwocie Świadczenia, uznaje się, że wszystkie procentowe udziały w wypłacanym Świadczeniu są równe.
6. W przypadku gdy Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub równocześnie z nim, wskazanie Uposażonego uznaje się za bezskuteczne, a udział zmarłego Uposażonego dolicza się proporcjonalnie do udziału pozostałych wskazanych Uposażonych.



Można również wskazać Uposażonych Zastępczych, którzy otrzymają pieniądze w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Uposażony nie został wskazany, zmarł albo utracił prawo do otrzymania Świadczenia.

7. Postanowienia ustępów 2 – 6 stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego.

Zasady wypłacania Świadczenia z tytułu śmierci w przypadku, gdyby ani Uposażeni ani Uposażeni Zastępczy nie zostali wskazani.

8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego i braku Uposażonego oraz Uposażonego Zastępczego, Świadczenie wypłacane jest na rzecz członków rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 4) wnuki Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 5) rodzeństwo Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 6) dziadkowie Ubezpieczonego – w częściach równych.
9. W przypadku wskazanym w ust. 8, Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest na rzecz osoby wymienionej w kolejnym punkcie wyłącznie w sytuacji, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego lub nie przysługuje jej powyższe Świadczenie na podstawie ust. 10. Za osobę, która nie dożyła śmierci Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
10. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W przypadku wskazanym w zdaniu pierwszym stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 6 lub ust. 8 – 9.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ § 20



Zdarzenie ubezpieczeniowe można do nas zgłosić:

- Korespondencyjnie – na adres naszej siedziby przy ul. Cybernetyki 7 w Warszawie
- Poczta elektroniczną – na adres e-mail: skandiazycie@skandia.pl
- Osobiście – w naszej siedzibie lub Biurze Obsługi Klienta, np. najbliższym Twojego miejsca zamieszkania (adresy znajdziesz na naszej stronie internetowej www.skandia.pl)
- Telefonicznie – poprzez Infolinię 801 888 000 / 22 460 22 22

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy jest zobowiązany zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Wszelkie dokumenty wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.



Wypłata nastąpi w ciągu 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia. Jeżeli jednak okoliczności zdarzenia nie będą wystarczająco wyjaśnione, a dokumenty będą nieprawidłowe lub niekompletne, wówczas wypłacimy pieniądze dopiero po ostatecznym ustaleniu naszej odpowiedzialności, ale nie później niż w ciągu 14 dni od momentu wyjaśnienia sprawy.

4. Świadczenie wypłacane jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości przysługującego Świadczenia okazałoby się niemożliwe, Świadczenie wypłacane jest w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże wypłata bezspornej części Świadczenia następuje w terminie określonym w ust. 4.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia, w terminie wskazanym w ust. 4, roszczenia w całości lub części.
7. W przypadku całkowitej lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie on był osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI § 21

Dokumenty do wypłaty



W celu usprawnienia procesu prosimy o korzystanie z formularzy Skandii.
Znajdziesz je na naszej stronie internetowej.

1. Dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) potwierdzona przez notariusza, osobę wykonującą czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela lub uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela kopia dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia,
 - 3) zgłoszenie zgonu Ubezpieczonego,
 - 4) oryginał lub kopia aktu zgonu Ubezpieczonego lub odpisu skróconego aktu zgonu, poświadczona za zgodność z oryginałem przez notariusza,
 - 5) oryginał lub kopia zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu wystawionego przez lekarza lub uprawniony podmiot,
 - 6) inne dokumenty, o których mowa w § 20 ust. 2.
2. W przypadku gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła za granicą, akt zgonu Ubezpieczonego lub odpis aktu zgonu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4), powinien zostać sporządzony zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa państwa, w którym nastąpił zgon.
3. Do wypłaty Świadczenia z tytułu Śmierci stosuje się zasady wypłaty Świadczeń określone w § 20.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA § 22

Całkowite Trwałe Inwalidztwo zostanie stwierdzone, jeśli Ubezpieczony jest niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji od co najmniej 12 miesięcy.

1. Ubezpieczyciel stwierdza wystąpienie Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku na podstawie złożonego wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumentów wymienionych w ust. 2 oraz wyników badań medycznych wykonanych na wniosek Ubezpieczyciela. Ubezpieczony jest obowiązany złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy trwania Całkowitego Trwałego Inwalidztwa

Dokumenty do wypłaty



W celu usprawnienia procesu prosimy o korzystanie z formularzy Skandii.
Znajdziesz je na naszej stronie internetowej.

2. Dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) potwierdzona przez notariusza, osobę wykonującą czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela lub uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela kopia dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia,
 - 3) dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Całkowitego Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - 4) dokumenty potwierdzające wystąpienie Całkowitego Trwałego Inwalidztwa (w tym potwierdzające upływy 12 miesięcy trwania Całkowitego Trwałego Inwalidztwa), np. wyniki badań, zwolnienia lekarskie, dokumentację medyczną z placówek, w których Ubezpieczony był leczony w związku z Całkowitym Trwałym Inwalidztwem, orzeczenie organu rentowego o niezdolności do pracy lub do samodzielnej egzystencji, orzeczenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności w sprawie niepełnosprawności, decyzję organu rentowego o przyznaniu renty stałej (o ile orzeczenie to lub decyzja zostały wydane),
 - 5) inne dokumenty, o których mowa w § 20 ust. 2.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.
4. Do wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa stosuje się zasady wypłaty Świadczeń określone w § 20.
5. Świadczenie z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wypłacone, jeżeli w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitego Trwałego Inwalidztwa według wiedzy Ubezpieczyciela Ubezpieczony żyje.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

§ 23

1. Ubezpieczyciel stwierdza wystąpienie Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego na podstawie złożonego wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumentów wymienionych w ust. 2 oraz wyników badań medycznych wykonanych na wniosek Ubezpieczyciela.

Dokumenty do wypłaty



W celu usprawnienia procesu prosimy o korzystanie z formularzy Skandii.
Znajdziesz je na naszej stronie internetowej.

2. Dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) potwierdzona przez notariusza, osobę wykonującą czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela lub uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela kopia dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia,
 - 3) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie Choroby Śmiertelnej,
 - 4) inne dokumenty, o których mowa w § 20 ust. 2.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Ubezpieczyciela, w zakresie wymaganym przez Ubezpieczyciela oraz w placówce wskazanej lub zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub do zwrócenia się do właściwej placówki medycznej o uzyskanie dodatkowej dokumentacji medycznej, jeśli będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności.
4. Do wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej stosuje się zasady wypłaty Świadczeń określone w § 20.
5. Świadczenie z tytułu Choroby Śmiertelnej zostanie wypłacone, jeżeli w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby Śmiertelnej według wiedzy Ubezpieczyciela Ubezpieczony żyje.

SKARGI I REKLAMACJE

§ 24



Swoje zastrzeżenia i reklamacje możesz zgłaszać w różnych formach:

- Korespondencyjnie – na adres naszej siedziby przy ul. Cybernetyki 7 w Warszawie
- Poczta elektroniczną – na adres e-mail: reklamacje.skandia@skandia.pl
- Osobiście – w naszej siedzibie lub Biurze Obsługi Klienta, np. najbliższym Twojego miejsca zamieszkania (adresy znajdziesz na naszej stronie internetowej www.skandia.pl)
- Telefonicznie – poprzez Infolinię 801 888 000 / 22 460 22 22.

1. Osoba, która złożyła wniosek o zawarcie Umowy, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy mają prawo do składania reklamacji związanej z zawarciem lub wykonywaniem Umowy przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) Korespondencyjnie - na adres siedziby Ubezpieczyciela, przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów prawa pocztowego,
 - 2) Poczta elektroniczną – na adres mailowy wskazany do składania reklamacji,
 - 3) Osobiście – w siedzibie Ubezpieczyciela lub w dowolnym Biurze Obsługi Klienta Ubezpieczyciela,
 - 4) Telefonicznie – poprzez Infolinię.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od jej otrzymania, Ubezpieczyciel przekaże w ww. terminie wyjaśnienia dotyczące przyczyny opóźnienia rozpatrzenia reklamacji, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, z zastrzeżeniem, iż nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel przekaże odpowiedź na zgłoszoną reklamację w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji. Ubezpieczyciel może przekazać odpowiedź za pomocą poczty elektronicznej, o ile osoba zgłaszająca reklamację złożyła taki wniosek.

§ 25

Powództwo o roszczenia wynikające z Umów można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, spadkobiercy Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy.

AKTUALIZACJA DANYCH

§ 26



Pamiętaj o aktualizacji danych osobowych i adresowych, abyśmy zawsze mogli się z Tobą skontaktować. Preferowane przez Ciebie formy kontaktu wskaż we wniosku o zawarcie Umowy.

Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do poinformowania Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie swojego adresu oraz swoich danych osobowych, jak również danych osobowych Uposażonych lub Uposażonych Zastępczych. Nieprzekazanie powyższych informacji może spowodować niemożność dostarczenia lub opóźnienie w dostarczeniu przez Ubezpieczyciela ważnych z punktu widzenia wykonywania Umowy informacji, jak również w inny sposób negatywnie wpłynąć na czynności związane z wykonywaniem Umowy. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za negatywne skutki wynikające z braku możliwości skutecznego powiadomienia Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczający nie dopełnił obowiązku aktualizacji danych adresowych i osobowych, o których mowa w zdaniu pierwszym.

SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

§ 27



Wnioski i oświadczenia można do nas zgłaszać:

- Korespondencyjnie – na adres naszej siedziby przy ul. Cybernetyki 7 w Warszawie
- Poczta elektroniczną – na adres e-mail: skandiazycie@skandia.pl
- Osobiście – w naszej siedzibie lub Biurze Obsługi Klienta, np. najbliższym Twojego miejsca zamieszkania (adresy znajdziesz na naszej stronie internetowej www.skandia.pl)
- Telefonicznie – poprzez Infolinię 801 888 000 / 22 460 22 22.

Pamiętaj, że w niektórych przypadkach dla Twojego bezpieczeństwa poprosimy o potwierdzenie dyspozycji i złożenie czytelnego podpisu.

Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy wskazanej dla danej czynności, a w przypadku braku takiego wskazania w OWU – formy pisemnej lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami. Wszelkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela, wywierają skutek prawny wobec Ubezpieczyciela z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela, o ile treść OWU nie stanowi inaczej.

ZASADY PODATKOWE

§ 28

Podstawy prawne dotyczące podatków znajdziesz w Polisie.

Zasady opodatkowania świadczeń otrzymywanych z tytułu umowy ubezpieczenia na życie są określone odpowiednio w ustawach o podatku dochodowym od osób fizycznych i o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy dotyczące zasad opodatkowania wskazane są w Polisie.

§ 29

1. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu informacji, których obowiązek przekazywania wynika z obowiązujących przepisów prawa, niezwłocznie po ich otrzymaniu od Ubezpieczyciela, w sposób umożliwiający zapoznanie się Ubezpieczonego z tymi informacjami.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
3. Dla Umów zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 30

Ubezpieczający ma prawo przenieść w całości lub w części prawa i obowiązki przysługujące mu z Umowy na inny podmiot, pod warunkiem uzyskania akceptacji Ubezpieczyciela. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot w całości, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.

§ 31

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela publikowane są na jego stronie internetowej.

WEJŚCIE W ŻYCIE OWU

§ 32

Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Skandia Życie+” zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 297/2015 Zarządu Skandia Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z dnia 21 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 22 grudnia 2015 roku.

Paweł Ziemba
Prezes Zarządu

Witold Czechowski
Członek Zarządu



Skandia Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa

t: +48 22 460 22 22
t: 801 888 000
f: +48 22 332 17 55

skandiazycie@skandia.pl
www.skandia.pl

główny sponsor

