

**OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
KREDYTOBIORCÓW**

ProDomus

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
DEFINICJE	3
OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z UMOWY UBEZPIECZENIA	4
WARUNKI ZAWARCIA UMOWY	5
RYZYKA UBEZPIECZENIOWE	6
ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO	6
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
UPOSAŻENI	7
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY, PRAWO DO KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA	7
SKŁADKI	8
KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI	8
POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI ALBO WYSTĄPIENIA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA ORAZ WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA	8
PODSTAWY UMOWY	9
ZMIANA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO	9
ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA	9
INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU	10
REKLAMACJE	10
WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	10
PRZEDAJNIENIE	10
PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	10

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

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

DEFINICJE

§ 2

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

1. Ubezpieczyciel:

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

2. Ubezpieczony:

Osoba będąca kredytobiorcą, której życie albo życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia oraz OWU.

3. Ubezpieczający:

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

4. Uposażony:

Osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego, uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w zakresie i na warunkach określonych w OWU. Uposażonym (1) jest Bank wskazany na zasadach powyżej.

5. Kredytobiorca:

Osoba, która zawarła z Bankiem umowę kredytu albo pożyczki.

6. Bank:

Bank, który zawarł z kredytobiorcą umowę kredytu.

7. Umowa kredytu:

Umowa kredytu albo pożyczki pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem, zabezpieczona hipoteką, zawarta w Polsce, w walucie polskiej, na okres co najmniej 3 lat, opisana we wniosku ubezpieczeniowym.

8. Kapitał dłużny, kapitał:

Kwota zadłużenia Kredytobiorcy wobec Banku pozostała do spłaty począwszy od daty śmierci lub inwalidztwa według harmonogramu spłaty załączonego do wniosku ubezpieczeniowego albo zmienionego za zgodą Ubezpieczyciela w rocznice polisy. Kapitał nie obejmuje należnych Bankowi odsetek, odsetek za opóźnienie, zadłużenia przeterminowanego oraz innych płatności spowodowanych opóźnieniem w spłacie kredytu począwszy od daty śmierci lub inwalidztwa.

9. Początek ubezpieczenia:

Data umieszczona w polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

10. Koniec ubezpieczenia:

Data umieszczona w polisie, określająca koniec odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

11. Rocznicą polisy:

Okres 12 miesięcy liczony od początku ubezpieczenia lub od przedłużeń umowy.

12. Polisa Ubezpieczeniowa:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela stwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia pomiędzy stronami. Dokument ten określa między innymi imię i nazwisko Ubezpieczonego, zakres ubezpieczenia oraz wysokość gwarantowanych świadczeń.

13. Aneks:

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie Ubezpieczenia.

14. Suma ubezpieczenia:

Kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczeń, przeliczana każdego roku trwania umowy według harmonogramu spłaty kredytu dołączonego do wniosku ubezpieczeniowego oraz procentu gwarancji ochronnych zdefiniowanych w polisie.

15. Choroba:

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

16. Choroby neuropsychologiczne:

Choroby związane z fizjologią i patologią układu nerwowego, obejmujące schorzenia umysłowe, zaburzenia psychotyczne, depresje itp.

17. Nieszczęśliwy Wypadek:

Nagle, nieprzewidziane, zewnętrzne oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela będące przyczyną inwalidztwa lub śmierci Ubezpieczonego.

18. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo:

Całkowita i trwała (do końca życia) niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy, zajęcia lub zawodu, które zapewniłyby mu dochód lub zysk, powstała w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby Ubezpieczonego. Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa jest powstanie powyższej niezdolności w okresie zatrudnienia lub prowadzenia zarejestrowanej działalności gospodarczej (praca zarobkowa) przez Ubezpieczonego oraz uznania inwalidztwa przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia, przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.

W przypadku osób, które nie wykonywały pracy zarobkowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających Nieszczęśliwy Wypadek lub Chorobę, do uznania inwalidztwa za całkowite i trwałe wymagana jest również konieczność stałej opieki ze strony osób trzecich.

OPCJE I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta według jednej z następujących opcji:
 - a) **Opcja A:** Umowa obejmuje jednego Ubezpieczonego,
 - b) **Opcja B:** Umowa obejmuje dwóch Ubezpieczonych. W tym przypadku tekst wyrażony w liczbie pojedynczej należy rozumieć jako tekst w liczbie mnogiej. W tym przypadku ilekroć w OWU mowa o Ubezpieczonym należy rozumieć, Ubezpieczonych, chyba że co innego wynika z postanowienia OWU.
2. Zakres ubezpieczenia
 - a) w wariantcie podstawowym obejmuje Śmierć Ubezpieczonego, albo
 - b) w wariantcie rozszerzonym obejmuje Śmierć Ubezpieczonego oraz Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego.

CEL, PRZEDMIOT I ODPOWIEDZIALNOŚĆ Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zależności od wybranego zakresu, jest życie albo życie i zdrowie Ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia określana jest w polisie. Świadczenie z tytułu śmierci jest równe sumie ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa określane jest w polisie. Stanowi

- stały procent sumy ubezpieczenia i nie może być wyższe od tej sumy.
2. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, zaistniałej w okresie ubezpieczenia i objętej ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci, z zastrzeżeniem ust. 6:
 - a) Uposażonemu (1) - świadczenie w wysokości równej kapitałowi dłużnemu, ale nie większe niż suma ubezpieczenia na dzień śmierci Ubezpieczonego.
 - b) pozostałym uposażonym - świadczenie w wysokości różnicy, o ile taka występuje, pomiędzy sumą ubezpieczenia obowiązującą na dzień śmierci, a świadczeniem należnym Uposażonemu (1).
 3. W przypadku Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci uprawnionym świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia z tego tytułu, obowiązującej na dzień stwierdzenia Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony albo podmiot, na który Ubezpieczony dokonał cesji (przelewu) praw.
 4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem miało miejsce w okresie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
 5. W przypadku wystąpienia Śmierci albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu. W przypadku, gdy Umowa Ubezpieczenia obejmuje dwóch Ubezpieczonych umowa ulega rozwiązaniu z dniem wystąpienia zdarzenia dotyczącego jednego Ubezpieczonego.
 6. W przypadku gdy śmierć Ubezpieczonych występuje jednocześnie świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane, z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2 powyżej, w następujący sposób:
 - a) udział procentowy Uposażonego (1) w świadczeniach z tytułu śmierci obu Ubezpieczonych jest jednakowy,
 - b) wysokość tego udziału ustalana jest jako stosunek pozostałego do spłaty kapitału do łącznej kwoty sum ubezpieczenia ustalonych dla obu Ubezpieczonych, ale nie więcej niż 100% kapitału dłużnego.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 5

1. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
 - b) Ubezpieczający wpłacił na poczet składki kwotę w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
 - c) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 55 lat w dniu początku ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu w Polsce,
 - e) Ubezpieczony zawarł umowę kredytu na okres co najmniej 3 lat,
 - f) Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą lub świadczy pracę na podstawie stosunku pracy,
 - g) Ubezpieczony udostępnił Ubezpieczycielowi harmonogram spłaty oraz warunki kredytu.
2. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) poddania się we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości,
 - b) przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela,
 - c) wypełnienia kwestionariuszy medycznych i udzielenia wszelkich informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela do oceny ryzyka.
4. Na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić wyniki badań, o których mowa powyżej. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić wyniki badań Ubezpieczonego także na żądanie Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wyniki badań Ubezpieczonego miały wpływ na całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
5. Do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zgoda wymagana jest również w przypadku zmiany Umowy Ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

§ 6

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

§ 7

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy Ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 5 ust. 1.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pokrycia kosztów badań medycznych, na które skieruje Ubezpieczony.

RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 8

1. Umowa Ubezpieczenia obejmuje następujące ryzyka ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpiezonego,
 - b) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpiezonego na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Do Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa nie stosuje się zasad ich ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

ZAKRES TERYTORIALNY RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 9

Ryzyko Śmierci oraz Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpiezonego rozciągają się na cały świat.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy Ubezpieczenia za śmierć lub Całkowite i Trwałe Inwalidztwo objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
 - a) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpiezonego,
 - b) wojny lub wojny domowej,
 - c) udziału Ubezpiezonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - d) stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa,
 - e) wypadku, samookaleczenia lub choroby spowodowanych umyślnie przez Ubezpiezonego,
 - f) zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisanego przez lekarza, lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza nieprzestrzegania zaleconych przez niego dawek.
 - g) uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych (takich jak na przykład: wspinaczki wysokogórskie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, speleologia, nurkowanie, wyścigi samochodowe, skoki na linie, pirotechnika),
 - h) prowadzenia przez Ubezpiezonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd nie wymaga dokonania przeglądu technicznego,
 - i) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,

- j) skażenia radioaktywnego,
 - k) chorób neuropsychologicznych,
 - l) wszystkich stanów chorobowych, które istniały przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, chyba, że zostały zgłoszone we wniosku oraz zaakceptowane przez Ubezpieczyciela,
 - m) choroby, która bezpośrednio lub pośrednio wynika z zakażenia HIV oraz/lub chorób pokrewnych, w tym AIDS,
 - n) służby w wojsku, w tym w czasie pokoju lub wojny,
 - o) udziału we wszelkich sportach z użyciem silnika motorowego; boks; wyścigach konnych,
 - p) inwalidztwa z powodu przyczyn subiektywnych, niewykrywalnych oraz niemierzalnych w laboratoriach sposobami mikrobiologicznymi, biochemicznymi i/lub obrazowymi.
2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy Ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Jednakże następstwa i konsekwencje prób samobójczych są wyłączone z gwarancji Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa podczas całego okresu trwania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel będzie zwolniony od odpowiedzialności za śmierć lub Całkowite i Trwałe Inwalidztwo objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
- a) zawodowego uprawiania sportu,
 - b) wykonywania szczególnie niebezpiecznych zawodów, określonych przez Ubezpieczyciela w tabeli klasyfikacji zawodów, które wymagają specjalnej zgody oraz taryfikacji ze strony Ubezpieczyciela. Tabela klasyfikacji zawodów może być udostępniona na pisemną prośbę Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.

UPOSAŻENI

§ 11

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający wskazuje Uposażonych za pisemną zgodą Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, wówczas Ubezpieczający oznacza Uposażonego (1), któremu ma przysługiwać prawo do świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości kapitału dłużnego, nie więcej niż suma ubezpieczenia. Pozostała część świadczenia, w wysokości różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia a kapitałem dłużnym, przysługuje pozostałym Uposażonym w częściach wskazanych przez Ubezpieczającego, a w przypadku braku wskazania - w częściach równych.
3. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku pozostałych Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
4. Jeżeli nie wskazano Uposażonego należne świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego, w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu.

POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY, PRAWO DO KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Umowa zaczyna obowiązywać i wywołuje skutki od godziny zero dnia wskazanego w polisie ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż w dniu uruchomienia środków z tytułu kredytu i pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.
2. Ubezpieczający zobowiązuje się do powiadomienia Ubezpieczyciela o dacie zawarcia umowy kredytu.
3. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta w okresie trwania umowy kredytu. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest do daty obowiązywania umowy kredytu według harmonogramu spłaty zaakceptowanego przez Ubezpieczyciela.
4. Poza innymi przypadkami przewidzianymi w OWU, umowa wygasa i nie wywołuje żadnych skutków w momencie wystąpienia jednej z następujących okoliczności:
 - a) po całkowitym spłaceniu kredytu,

- b) w przypadku rozwiązania umowy ze względu na niezapłacenie składek,
 - c) umowa ulega rozwiązaniu i nie wywołuje żadnych skutków najpóźniej z upływem rocznicy, w której Ubezpieczony ukończy 65 lat,
 - d) w przypadku śmierci, albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, a jeżeli jest dwóch Ubezpieczonych - w przypadku śmierci, albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa jednego z nich.
5. W związku z wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia na skutek śmierci, albo Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa jednego z dwóch Ubezpieczonych, drugiemu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zawarcia z Ubezpieczycielem nowej Umowy Ubezpieczenia na zasadzie kontynuacji, w której będzie występował jako Ubezpieczający oraz Ubezpieczony. Prawo kontynuacji oznacza, że nowa Umowa Ubezpieczenia będzie zawarta na podstawie niniejszych OWU, z sumą ubezpieczenia oraz wysokością świadczeń nie wyższych niż ustalone dla tego Ubezpieczonego w Umowie Ubezpieczenia, która wygasła. Wysokość sumy ubezpieczenia nie może przekraczać kwoty określonej w nowym harmonogramie spłat; kwota ta odpowiada różnicy między kapitałem określonym w umowie ubezpieczenia, która wygasła a świadczeniem wypłacanym w przypadku zajścia szkody.

SKŁADKI

§ 13

1. Obowiązuje składka roczna, płatna z góry za każdy okres, najpóźniej w dniu początku okresu. Składka roczna jest płatna jednorazowo lub w ratach (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie) zgodnie z postanowieniami zawartymi w Polisie ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą rocznicę Umowy Ubezpieczenia, informując o tym fakcie Ubezpieczyciela na 30 dni przed rocznicą Umowy Ubezpieczenia.
3. Wysokość składki ustalana jest stosownie do wieku, stanu zdrowia, ryzyka związanego z paleniem, wykonywanego zawodu Ubezpieczonego oraz wysokości kapitału. W przypadku objęcia ubezpieczeniem dwóch Ubezpieczonych ustalana jest jedna, podwyższona składka.
4. Osobę uważa się za niepalącą, jeżeli nigdy nie paliła lub nie pali nieprzerwanie od przynajmniej dwóch lat przed datą zawarcia umowy oraz nie przestała palić wskutek zalecenia lekarza. Ubezpieczyciel może zażądać udowodnienia faktu zaprzestania palenia tytoniu przed zawarciem umowy w drodze odpowiedniego testu klinicznego.
5. Jeżeli składka lub rata składki nie zostanie opłacona zgodnie z postanowieniami polisy ubezpieczeniowej do dnia upływu okresu, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego listem poleconym do zapłaty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania oraz poinformuje o skutkach nieopłacenia składki. Jeżeli po upływie terminu ustalonego do dokonania zapłaty składka nie zostanie opłacona, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego bez dalszych powiadomień i nie będzie wywoływać żadnych skutków.
6. W przypadku zapłaty na poczet składek, otrzymane wpłaty zaliczane będą w pierwszej kolejności na pokrycie zaległych składek o najwcześniejszym terminie wymagalności.
7. Umowa Ubezpieczenia rozwiązana z powodu nieopłacenia składki może zostać ponownie zawarta za wyraźną zgodą Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zwróci się z wnioskiem w terminie sześciu miesięcy liczonych od dnia rozwiązania. Należy dołączyć do wniosku oświadczenie o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz przedstawić zaświadczenie Banku o niezaleganiu ze zobowiązaniami.

KOSZTY AKWIZYCJI ORAZ ADMINISTRACJI

§ 14

Składka ubezpieczeniowa obejmuje koszty związane z zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz jej wykonywaniem.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI ALBO WYSTĄPIENIA CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA ORAZ WARUNKI WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 15

1. W razie zaistnienia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym z polisy Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony, w zależności od przypadku, obowiązany jest powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela

o zaistniałej sytuacji w terminie nie przekraczającym 8 dni, chyba że dochowanie terminu jest niemożliwe, a niemożliwość zostanie dowiedziona. Do powiadomienia należy dołączyć dokumenty określone w punktach 2 i 3 poniżej:

2. W razie śmierci należy dołączyć:

- a) akt zgonu Ubezpieczonego,
- b) kopia karty zgonu z określeniem przyczyny śmierci,
- c) dokument wystawiony przez Bank opisujący wykonanie zobowiązań do dnia jego wystawienia oraz saldo pozostałego do spłaty kredytu, zgodnie z harmonogramem spłat,
- d) w przypadku Nieszczęśliwego Wypadku – raport policji o okolicznościach w jakich miał miejsce wypadek.
- e) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. W razie Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa należy dołączyć:

- a) raport medyczny, wskazujący charakter Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, dzień zdarzenia lub dzień rozpoznania choroby, ewentualny rozwój i stopień niepełnosprawności oraz sposób leczenia,
- b) w razie Nieszczęśliwego Wypadku, kopię lub wyciąg z aktu zdarzenia sporządzonego przez organ, który prowadził postępowanie,
- c) dokument wystawiony przez Bank opisujący wykonanie zobowiązań do dnia jego wystawienia;
- d) kopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie renty inwalidzkiej wypłaconej przez jakąkolwiek instytucję w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub przebytej Choroby,
- e) na wniosek Ubezpieczyciela - inny dokument niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

4. Koszty otrzymania dokumentów wymienionych w ustępach poprzedzających obciążają Ubezpieczającego lub Uposażonego, w zależności od okoliczności. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego przez wskazanego i opłaconego przez niego lekarza. Zachowuje również prawo do weryfikacji okoliczności i przyczyny śmierci Ubezpieczonego.

PODSTAWY UMOWY

§ 16

1. Oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego we wniosku oraz w kwestionariuszach, które należy wypełnić, stanowią podstawę zawarcia umowy, na której opiera się decyzja o przyjęciu niniejszej umowy oraz określenie jej warunków.
2. Niedokładne, niekompletne oświadczenia, niedomówienia, jak również pominięcie faktów lub okoliczności mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka i przyjęcie umowy lub określenie jej warunków, mogą być przyczyną uchylecia się od odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ZMIANA HARMONOGRAMU SPŁATY KREDYTU

§ 17

1. Należy niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach w początkowym harmonogramie spłaty.
2. W razie zgłoszenia przez Ubezpieczającego zmiany w harmonogramie spłaty kredytu wszelkie ryzyka objęte ubezpieczeniem oraz przyszłe składki mogą zostać zmienione.
3. Zmiany powinny być zgłoszone Ubezpieczycielowi, a po zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela powinny zostać ujęte w Aneksie do Umowy Ubezpieczenia. Nieprzestrzeganie tej procedury skutkuje nieuwzględnieniem tych zmian przez Ubezpieczyciela.

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 18

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia odnoszą skutek, jeżeli zostały doręczone na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym.
2. Wszelkie zmiany Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony zmienił adres do korespondencji i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dopełnił swoich obowiązków lub skutecznie złożył oświadczenie, wysyłając zawiadomienie lub oświadczenie pod ostatni wskazany adres.

4. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy Ubezpieczenia.
5. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w ust. 2, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na te zmiany.

INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO O WARTOŚCI WYKUPU

§ 19

Umowa Ubezpieczenia w żadnym czasie nie posiada wartości wykupu.

REKLAMACJE

§ 20

1. W przypadku odmowy przez Ubezpieczyciela wypłaty świadczenia w całości albo części, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do jej uzasadnienia podając okoliczności faktyczne i podstawę prawną oraz informując o prawie do odwołania lub dochodzenia świadczenia na drodze sądowej.
2. Uposażonemu lub innej osobie występującej z roszczeniem przysługuje prawo odwołania się od powyższej odmowy do Dyrekcji Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.
3. Wszelkie oświadczenia, wnioski dotyczące wykonania zobowiązań Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia kierowane są do Ubezpieczyciela w formie pisemnej.

WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 21

Do rozpatrywania spraw, w których stroną jest Ubezpieczyciel właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego.

PRZEDAWNIE

§ 22

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

PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 23

1. W zakresie określenia prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zasady:
 - a) Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym Ubezpieczający ma miejsce zamieszkania lub siedzibę zarządu,
 - b) Jeżeli Ubezpieczającym jest osoba fizyczna mająca miejsce zamieszkania w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo, którego jest obywatelem, Ubezpieczający może wybrać prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którego jest obywatelem.

2. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu Umowy Ubezpieczenia regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o podatku od spadków i darowizn, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa podatkowego innych państw.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 roku.

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

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Groupe Prévoir w Polsce

Colin TURNER



Dyrektor Oddziału