

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NIESZCZĘŚLIWYCH
WYPADKÓW ONEY BEZPIECZNA PERSPEKTYWA – PLPV01**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia.	§ 2 § 3 § 4 § 10 § 11 § 12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	§ 2 § 10 § 13

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie oraz Nieszczęśliwych Wypadków ONEY Bezpieczna Perspektywa, dalej jako "OWU", Klienci mogą zawrzeć następujące Umowy Ubezpieczenia:
 - 1) ubezpieczenie na życie, dalej jako "Umowa Ubezpieczenia na Życie", oferowane przez ONEY Life (PCC) Limited;
 - 2) ubezpieczenie osobowe, dalej jako "Umowa Ubezpieczenia Osobowego", oferowane przez ONEY Insurance (PCC) Limited;
2. ONEY Life (PCC) Limited ponosi wyłączną odpowiedzialność za treść i wykonanie zapisów dotyczących Umowy Ubezpieczenia na Życie, podczas gdy ONEY Insurance (PCC) Limited ponosi wyłączną odpowiedzialność za treść i wykonanie zapisów dotyczących Umowy Ubezpieczenia Osobowego.

DEFINICJE

§ 2.

Terminy zdefiniowane poniżej mają następujące znaczenia w całej treści OWU przy czym, w stosownych przypadkach, odniesienia do liczby pojedynczej dotyczą również liczby mnogiej; odniesienia do rodzaju męskiego dotyczą również rodzaju żeńskiego; odniesienia do wszelkich ustawowych aktów i przepisów dotyczą również późniejszych zmian wprowadzonych do tych aktów i przepisów:

Calkowite trwale inwalidztwo oznacza (1) całkowitą niezdolność do pracy przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy (orzeczenia na okresy krótsze niż 3 miesiące nie podlegają sumowaniu), poświadczoną przez polskie organy upoważnione do orzekania w zakresie zdolności do pracy, jeżeli zgodnie z obecną wiedzą medyczną brak jest rokowań, które dawałyby nadzieję na znaczącą poprawę lub (2) stopień niepełnosprawności określony przez kompetentne do tego celu polskie organy rozpatrujące sprawy w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej, jeżeli zgodnie z obecną wiedzą medyczną brak jest rokowań, które dawałyby nadzieję na poprawę – określone zgodnie z obowiązującym prawem polskim lub, w przypadku braku podstaw prawnych dla oceny stopnia niepełnosprawności przez organy, o których mowa powyżej, na podstawie opinii Eksperta medycznego.

CBP oznacza CBP Solution Poland Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie (00-854), przy Al. Jana Pawła II 25, spółkę wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000624495, prowadzącą działalność w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz oraz w imieniu Ubezpieczyciela oraz działalność związaną z wykonywaniem umów ubezpieczenia, włącznie z obsługą roszczeń związanych z umów ubezpieczenia.

Choroba śmiertelna oznacza zaawansowaną, nieuleczalną chorobę zdiagnozowaną po raz pierwszy u Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia, popartą co najmniej jedną niezależną opinią wydaną przez Specjalistę w dziedzinie medycyny oraz poświadczoną przez Eksperta medycznego, która, zgodnie ze stanem wiedzy medycznej obowiązującym w dacie diagnozy, doprowadzi do śmierci Ubezpieczonego w okresie 6 (sześciu) miesięcy.

Data Rozpoczęcia oznacza datę rozpoczęcia obowiązywania Umowy Ubezpieczenia określoną we Wniosko-Polisie.

Dzieci – dzieci (rodzone lub przysposobione) w wieku poniżej 25 roku życia.

Ekspert medyczny oznacza osobę wyznaczoną przez Ubezpieczyciela, posiadającą uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z obowiązującym polskim prawem.

Hospitalizacja lub *Hospitalizowany* oznacza przyjęcie do Szpitala przynajmniej na okres 24 kolejnych godzin.

Hospitalizacja niezbędna ze względów medycznych oznacza hospitalizację, która a) w opinii Specjalisty w zakresie medycyny jest wymagana ze względów na konieczność leczenia choroby, na którą cierpi Ubezpieczony; b) nie przekracza zakresu opieki niezbędnej do zapewnienia bezpiecznej, adekwatnej i odpowiedniej opieki medycznej, przez okres i z częstotliwością zaleconą przez Specjalistę w zakresie medycyny; oraz c) została zalecona przez Specjalistę w zakresie medycyny, chyba że konieczność hospitalizacji wynika z uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

Limit akceptacji oznacza kwotę określoną we Wniosko-Polisie stanowiącą maksymalną Sumę Ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego, do wysokości, której Ubezpieczyciel zapewnia ochronę ubezpieczeniową.

Miesiąc polisy oznacza każdy kolejny miesiąc po Dacie Rozpoczęcia.

My/Nasz/Nas/Nam/Ubezpieczyciel oznacza podmiot, który świadczy ochronę ubezpieczeniową zgodnie z OWU, tj.:

- 1) Oney Life (PCC) Limited (Umowa Ubezpieczenia na Życie);
 - 2) Oney Insurance PCC Limited (Umowa Ubezpieczenia Osobowego);
- z siedzibą pod adresem: 171, Old Bakery Street, Valetta VLT 1455 Malta, zarejestrowane odpowiednio pod numerami C53199 oraz C532202. Obaj Ubezpieczyciele mają prawo do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i są nadzorowani przez Malta Financial Services Authority z adresem przy: Notabile Road, Attard BKR 3000, Malta.

Nieszczęśliwy Wypadek oznacza nagle, nieprzewidziane oraz niezamierzone zdarzenie wywołane widoczną przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli czy stanu zdrowia Ubezpieczonego – przy czym zawał serca, udar mózgu oraz wszelkie inne choroby nie będą uznawane za Nieszczęśliwy Wypadek.

Nowotwór oznacza nieprawidłowy wzrost komórek, które mają tendencję do rozprzestrzeniania się w sposób niekontrolowany, a także w niektórych przypadkach, do przerzutów.

Okres Karencji oznacza okres, zaczynający się pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Okres Ubezpieczenia oznacza okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku wystąpienia określonych w OWU Zdarzeń Ubezpieczeniowych i ich skutków.

Osoby pozostające na utrzymaniu oznacza jedynie członków rodziny określonych poniżej:

a) małżonka Ubezpieczonego tak długo jak pozostaje lub Partnera; b) Dzieci w wieku do 25 lat; c) Rodziców Ubezpieczonego lub Rodziców Partnera, pod warunkiem, że są w wieku poniżej 80 lat.

Partner – zgodnie z prawem poślubiony współmałżonek tak długo, jak nim pozostaje lub osoba pozostająca z Ubezpieczonym w nieformalnym związku o ile zamieszkuje pod tym samym adresem co Ubezpieczający, wskazana we Wniosko-Polisie, pod warunkiem, że oświadczenie w tym zakresie zostało złożone Ubezpieczycielowi przed wystąpieniem zdarzenia dotyczącego Partnera. Wiek Partnera nie może przekraczać 74 lat.

Podróżowanie – oznacza przemieszczanie się z jednego miejsca do drugiego, za pomocą wszelkich środków transportów w tym pojazdem kołowym, rowerem, pojazdem szynowym, samolotem lub statkiem.

Poważna choroba oznacza którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób lub stanów chorobowych zdiagnozowaną po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie objętym ochroną, w oparciu o opinię wydaną przez Specjalistę w zakresie medycyny oraz potwierdzoną przez Eksperta medycznego:

- o CHOROBA ALZHEIMERA – z trwałymi objawami;
- o ANEMIA APLASTYCZNA – z trwałym uszkodzeniem szpiku kostnego;
- o BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWYCH – z trwałymi objawami;
- o ŁAGODNY GUZ MÓZGU – kwalifikujący się do chirurgicznego usunięcia lub z trwałymi objawami;
- o ŚLEPOTA – trwała i nieodwracalna;
- o NOWOTÓR – z wyłączeniem mniej zaawansowanych przypadków oraz wszystkich nowotworów histologicznie sklasyfikowanych jako:
 - przed wystąpieniem zmian o charakterze złośliwym;
 - nieinwazyjny;
 - rak = *in situ* (bez przerzutów);
 - o granicznej złośliwości; lub
 - o niskiej potencjalnej złośliwości;
 - wszystkie guzy prostaty, chyba że histologicznie sklasyfikowane na poziomie 7 lub wyższym w skali Gleasona lub które uległy pogorszeniu do co najmniej klinicznej klasyfikacji TNM T2bN0M0;
 - czerniak złośliwy, chyba że został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący inwazję poza naskórek (zewnętrzną powłokę skóry);
 - każdy inny rodzaj raka skóry (w tym chłoniaki skóry) chyba że został histologicznie sklasyfikowany jako powodujący przerzuty do węzłów chłonnych lub do odległych narządów.
- o KARDIOMIOPATIA – o określonym nasileniu
- o ŚPIĄCZKA – z powiązаныmi objawami trwałymi
- o CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA (CJD) – z trwałymi objawami;
- o GŁUCHOTA – trwała i nieodwracalna;
- o DEMENCJA – z trwałymi objawami;
- o ZAPALENIE MÓZGU – z trwałymi objawami;
- o ATAK SERCA – o określonym nasileniu;
- o ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV – zakażenie w trakcie przetoczenia krwi, napaści fizycznej lub wypadku przy pracy;
- o NIEWYDOLNOŚĆ NEREK – wymagająca regularnych dializ;
- o NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY – w zaawansowanym stadium;
- o UTRATA DŁONI LUB STOPY – trwałe uszczerbek fizyczny;
- o UTRATA MOWY – trwała i nieodwracalna;
- o CHOROBA NERWÓW RUCHOWYCH – z trwałymi objawami;
- o STWARDNIENIE ROZSIANE – w przypadku klinicznego pogorszenia funkcji motorycznych lub sensorycznych o określonym nasileniu
- o ZANIK WIELOUKŁADOWY – z trwałymi objawami oraz potwierdzonym trwałym klinicznym uszkodzeniem;

- o PARALIŻ KOŃCZYNY – trwały i nieodwracalny;
- o CHOROBA PARKINSONA – z trwałymi objawami;
- o POSTĘPUJĄCE PORAZENIE NADJĄDROWE – z trwałymi objawami;
- o USUNIĘCIE GAŁKI OCZNEJ – spowodowane uszkodzeniem lub chorobą;
- o NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA – w zaawansowanym stadium;
- o UDAR RDZENIA KRĘGOWEGO – powodujący objawy trwające co najmniej 24 godziny;
- o UDAR – o określonym nasileniu i stopniu powagi;
- o TOCZEN RUMIENIOWATY – z poważnymi komplikacjami;
- o OPARZENIA TRZECIEGO STOPNIA – obejmujące 20% powierzchni ciała lub 20% twarzy lub głowy.

Rehabilitacja oznacza jakiegokolwiek działania lub proces zmierzający do przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia osoby, niezależnie od tego, czy dotyczy to stanu zdrowia psychicznego czy fizycznego tej osoby, w wyniku czego osoba ta będzie mogła uczestniczyć w życiu społecznym, rodzinnym lub wykonywać czynności zarobkowe, o ile takie działanie lub proces jest wyłączną przyczyną Hospitalizacji.

Rocznica polisy oznacza dzień i miesiąc, w którym Umowa Ubezpieczenia weszła w życie oraz, po okresie jednego roku, oznacza dzień w którym Umowa Ubezpieczenia zostanie przedłużona na następny okres.

Rodzice oznacza zarówno rodziców naturalnych jak i osoby, które dokonały przysposobienia Ubezpieczającego lub jego Partnera.

Rok polisy oznacza 12-miesięczny okres pomiędzy Rocznicami polisy.

Składka oznacza kwotę określoną we Wniosko-Polisie opłacaną przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczyciela za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z Umową Ubezpieczenia.

Specjalista w zakresie medycyny oznacza lekarza posiadającego ważny dokument potwierdzający fakt nabycia uprawnień specjalisty, zgodnie z obowiązującym polskim prawem.

Stan zdrowia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oznacza jakiegokolwiek stan, dolegliwości lub uraz lub podobny stan(y), których oznaki lub objawy już istniały, i/lub zostały zdiagnozowane, i/lub co do których uzyskane zostały porady lekarskie/zostało wdrożone leczenie w stosunku do Ubezpieczonego lub Osób pozostających na utrzymaniu, w okresie 36 miesięcy przed Datą Rozpoczęcia.

Suma ubezpieczenia oznacza kwotę wskazaną we Wniosko-Polisie stanowiącą kwotę maksymalnej odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym mającym miejsce w Okresie Ubezpieczenia.

Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą oznacza śmierć będącą bezpośrednią konsekwencją Nieszczęśliwego Wypadku, który zdarzył się na lądzie, w powietrzu lub na wodzie niezależnie od tego, czy Ubezpieczony był pasażerem czy też kierowcą.

Szpital oznacza placówkę stacjonarną działającą zgodnie z obowiązującym prawem, której celem jest świadczenie usług w zakresie opieki medycznej, leczenie w pełnym wymiarze czasu oraz wykonywanie operacji chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpital nie obejmuje: ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla chorych psychicznie, hospicjów, ośrodków leczenia odwykowego, sanatoriów, centrów SPA oraz placówek i ośrodków rehabilitacyjnych.

Świadczenie – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela, w przypadku akceptacji przez Ubezpieczyciela roszczenia zgłoszonego po wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia.

Ubezpieczający oznacza osobę, która ukończyła 18 lat a nie ukończyła jeszcze 74 lat, która jest obywatelstwa polskiego lub innego – jeżeli jest uprawniona do stałego pobytu w Polsce na podstawie karty stałego pobytu – która zawarła Umowę Ubezpieczenia oraz jest zobowiązana do zapłaty Składek; Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Ubezpieczającym w ramach Umowy Ubezpieczenia „Bezpieczna Perspektywa” PLPV01 może być tylko jeden członek rodziny lub jedna z osób mieszkających razem jako Partnerzy.

Ubezpieczony oznacza osobę, która ukończyła 18 lat, a nie ukończyła jeszcze 74 lat, której udzielono ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie określonym we Wniosko-Polisie.

Udar mózgu oznacza udar tkanki mózgowej spowodowany ostrym uszkodzeniem mózgowo-naczyniowym, zatorem, zakrzepicą, zakrzepem lub krwotokiem. Diagnoza musi obejmować dokumentację obrazową świeżego uszkodzenia tkanki mózgowej w związku z ostrym wystąpieniem objawów oznaczających neurologiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Umowa Ubezpieczenia oznacza łącznie Umowę Ubezpieczenia na Życie i Umowę Ubezpieczenia Osobowego, opisane w § 1.

Uposażony oznacza osobę fizyczną lub prawną, jak również jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, wskazaną przez Ubezpieczonego jako upoważnioną do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Urodzenie dziecka oznacza urodzenie dziecka przez Ubezpieczającego lub jego Partnera.

Urodzenie dziecka martwego oznacza śmierć dziecka przed lub w trakcie porodu, który miał miejsce po dwudziestym drugim tygodniu ciąży.

Wiek lub w wieku oznacza ukończone lata na dzień Daty Rozpoczęcia.

Wniosko-Polisa oznacza wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem jego podpisania przez Ubezpieczyciela lub CBP działającej w imieniu Ubezpieczyciela.

Zasada niezatajania informacji oznacza, że w przypadku złożenia nieprawdziwych oświadczeń, podania nieprawdziwych opisów bądź nieujawnienia istotnej okoliczności, Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, łącznie z przypadkiem wszystkich Składek wpłaconych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, jeśli takie sytuacje wystąpiły w ciągu pierwszych trzech lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

Zawał serca oznacza zawał mięśnia sercowego powodujący śmierć obszaru mięśnia sercowego ze względu na niewystarczającą podaż krwi do tego obszaru. Podstawa diagnozy Zawału serca musi obejmować: a) pomiary seryjne enzymów uszkodzenia mięśnia sercowego, których regularność i poziom wskazują na ostry zawał mięśnia sercowego; oraz b) nowe elektrokardiograficzne zmiany wskazujące na ostry zawał mięśnia sercowego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – jedno ze zdefiniowanych zdarzeń, mieszczących się w Zakresie ubezpieczenia, wskazanych w § 3 i § 4 OWU, które w przypadku wystąpienia, zobowiązuje Ubezpieczyciela do wypłaty Świadczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego i Osób pozostających na utrzymaniu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, jakie mogą wystąpić w Okresie Ubezpieczenia:
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem Śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą;
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą;
 - 4) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 5) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nowotworu;
 - 6) Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu;
 - 7) Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu;
 - 8) Śmierć Partnera;
 - 9) Śmierć Partnera w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem Śmierci Partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą;
 - 10) Śmierć Partnera w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 11) Śmierć Dziecka;
 - 12) Śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 13) Śmierć Rodzica Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 14) Śmierć Rodzica Partnera w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 15) Śmierć Rodzica Ubezpieczonego;
 - 16) Śmierć Rodzica Partnera.

UMOWA UBEZPIECZENIA OSOBOWEGO

§ 4.

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Osób pozostających na utrzymaniu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które mogą wystąpić w Okresie Ubezpieczenia:
 - 1) Całkowite trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) Całkowite trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 3) Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego trwająca do 14 dni;
 - 4) Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego trwająca powyżej 14 dni;
 - 5) Hospitalizacja z powodu choroby Ubezpieczonego trwająca do 14 dni;
 - 6) Hospitalizacja z powodu choroby Ubezpieczonego trwająca powyżej 14 dni;
 - 7) Poważna choroba Ubezpieczonego;
 - 8) Choroba śmiertelna Ubezpieczonego;
 - 9) Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Partnera trwająca do 14 dni;
 - 10) Hospitalizacja w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Partnera trwająca powyżej 14 dni;
 - 11) Hospitalizacja z powodu choroby Partnera trwająca do 14 dni;
 - 12) Hospitalizacja z powodu choroby Partnera trwająca powyżej 14 dni;
 - 13) Poważna choroba Partnera;
 - 14) Poważna choroba Dziecka.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Umowa Ubezpieczenia zawarta jest na okres jednego roku liczonego od Daty Rozpoczęcia i jest automatycznie przedłużana na kolejne okresy jednego roku, chyba że jedna ze Stron złoży oświadczenie, o którym mowa w § 6.1 OWU.
2. Data zawarcia Umowy Ubezpieczenia podana jest we Wniosko-Polisie jako Data Rozpoczęcia.
3. Każda osoba narodowości polskiej lub innej – jeśli jest uprawniona do stałego pobytu w Polsce na podstawie właściwej karty stałego pobytu – która osiągnęła co najmniej 18 lat, a nie ukończyła jeszcze 74 roku życia, może zostać Ubezpieczonym.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawarta po zaakceptowaniu oferty lub po uzgodnieniu wszystkich warunków Umowy Ubezpieczenia.
5. Oferta jest składana na Wniosko-Polisie przygotowanej przez Ubezpieczyciela, wypełnianej i podpisywanej przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający jest zobowiązany podać we Wniosko-Polisie wszystkie wymagane informacje.
6. Ubezpieczający, a w wypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez przedstawiciela jego przedstawiciel są zobowiązani udzielić prawdziwych odpowiedzi na pytania zadane we Wniosko-Polisie.
7. W przypadku, gdy złożona Wniosko-Polisa zostanie wypełniona w sposób nieprawidłowy lub nie będzie wypełniona w całości, Ubezpieczający będzie zobowiązany do uzupełnienia Wniosko-Polisy lub wypełnienia nowej Wniosko-Polisy w terminie określonym przez Ubezpieczyciela.
8. Po zaakceptowaniu Wniosko-Polisy Ubezpieczyciel podpisuje Wniosko-Polisę celem potwierdzenia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6.

1. Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel na 60 dni przed Rocznicą Polisy mogą złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia na kolejny okres jednego roku. W takim przypadku Umowa Ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu kalendarzowym Roku Polisy.
2. Jeśli żadna ze Stron nie przedstawi oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny rok na tych samych warunkach, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel zaproponuje zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w § 7 oraz § 8 OWU.

§ 7.

1. Przed każdą Rocznicą Polisy Ubezpieczyciel przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie aktualnych danych na temat Ubezpieczonego, w szczególności: wieku, wysokości Sumy Ubezpieczenia, oraz Zakresu ubezpieczenia.
2. Nie później niż 50 dni przed każdą Rocznicą Polisy, Ubezpieczyciel może przedstawić Ubezpieczającemu zaktualizowaną wysokość Składki obowiązującej na dzień Rocznicy Polisy, ustaloną na podstawie przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wysokości Sumy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel gwarantuje, że kwota Składki pozostanie bez zmian do następnej Rocznicy Polisy.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel zwiększy wysokość Składki, Ubezpieczający będzie mógł, w terminie 14 dni od otrzymania takiej informacji, złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przyjęcia proponowanych zmian – w takim przypadku Umowa Ubezpieczenia zostaje rozwiązana ostatniego dnia Roku Polisy.
5. W przypadku, gdy w terminie 14 dni od otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczający niełoży Ubezpieczycielowi oświadczenia, o którym mowa w ust. 4 powyżej, uznaje się, że Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na następny rok na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
6. Niezapłacenie Składki w kwocie zaproponowanej przez Ubezpieczyciela uznaje się za oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa Ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu Rocznicy Polisy.

§ 8.

1. Ubezpieczający może w każdym czasie wnioskować o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. W celu złożenia wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczający składa wypełniony formularz Wniosko-Polisy zawierający nowy zakres ochrony.
3. O fakcie akceptacji lub odmowy zaakceptowania zmiany Ubezpieczający otrzyma informacje od CBP. W przypadku akceptacji, zmiana o której mowa w ust. 1 powyżej, wchodzi w życie z dniem złożenia nowej Wniosko-Polisy przez Ubezpieczającego.
4. W przypadku podwyższenia Sumy Ubezpieczenia, postanowienia dotyczące Okresu Karencji, o których mowa w § 10.2 OWU, będą miały zastosowanie do różnicy pomiędzy dotychczasową Sumą Ubezpieczenia, a podwyższoną Sumą Ubezpieczenia. Okres Karencji, dotyczący różnicy w Sumie Ubezpieczenia będzie liczony od pierwszego dnia Rocznicy Polisy, w którym zmiana ta weszła w życie.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9.

1. Umowa Ubezpieczenia wygasa:
 - 1) w dniu rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, jeśli nie została automatycznie przedłużona zgodnie z § 5.1 OWU;
 - 2) z końcem 3 miesiąca od daty wymagalności Składki, jeśli Składka nie została zapłacona w tym okresie, pomimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty zaległej Składki w terminie 30 dni od wysłania Ubezpieczającemu wezwania do zapłaty;
 - 3) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego, który może wypowiedzieć umowę pisemnie w każdym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia;
 - 4) w dniu, w którym Ubezpieczający przedłożył pisemne oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia;
 - 5) na koniec ostatniego dnia roku Polisy, w przypadku gdy Ubezpieczający nie wyraził zgody na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia, zgodnie z § 7 OWU;
 - 6) w przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygasła, zgodnie z § 10.3 OWU
2. W okresie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia lub o rozwiązaniu Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę, pomniejszoną o część Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający ma prawo pisemnego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10.

1. Okres Ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym we Wniosko-Polisie, pod warunkiem, że Składka zostanie zapłacona przed dniem wskazanym jako data rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia.
2. W Okresie Ubezpieczenia obowiązują:
 - 1) 60-dniowy Okres Karencji z tytułu Śmierci Ubezpieczonego; Urodzenia martwego dziecka Ubezpieczonemu; Śmierci Partnera; Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nowotworu, Śmierci Dziecka; Hospitalizacji Ubezpieczonego; Hospitalizacji Partnera; Śmierci Rodzica Ubezpieczonego; Śmierci Rodzica Partnera; Okres Karencji liczy się od Daty Rozpoczęcia określonej we Wniosko-Polisie;
 - 2) 9-miesięczny Okres Karencji z tytułu Urodzenia dziecka Ubezpieczonemu; Okres Karencji liczy się od Daty Rozpoczęcia określonej we Wniosko-Polisie.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu wygasa:
 - 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) na koniec ostatniego dnia Roku Polisy, w którym Ubezpieczony ukończył wiek 74 lat;
 - 3) w przypadku wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 9.1 punkt 1-5;
 - 4) w przypadku wypłaty Sumy Ubezpieczenia określonej we Wniosko-Polisie jako Limit Akceptacji.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe należne Osobom pozostającym na utrzymaniu nie są wypłacane osobom, które nie spełniają wymogów określonych w § 2.

ŚWIADCZENIA

§ 11.

1. Zapewniamy Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową określoną w Wniosko-Polisie do wysokości Sumy Ubezpieczenia, na podstawie OWU, ustalonej Składki oraz na podstawie oświadczeń złożonych we Wniosko-Polisie, stanowiącej integralną część Umowy Ubezpieczenia.
2. Wypłacamy Świadczenia zgodnie z poniższym postanowieniem w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia.
3. Wysokość każdego Świadczenia ograniczona jest Sumą Ubezpieczenia, przy czym całkowita odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do wszelkich Świadczeń (włącznie ze Świadczeniami opcjonalnymi) będzie ograniczona do wysokości Limitu Akceptacji określonego we Wniosko-Polisie.

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

4. Świadczenie 1. Śmierć
 - 1) Śmierć:
W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Osoba pozostająca na jego utrzymaniu umrze w Okresie Ubezpieczenia, wypłacimy Uposażonemu lub Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 2) Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku – z wyłączeniem śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku związanego z podróżą:
W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Osoba pozostająca na jego utrzymaniu ulegnie Nieszczęśliwemu Wypadkowi, niezwiązanemu z Podróżowaniem, w Okresie Ubezpieczenia a taki Nieszczęśliwy Wypadek jest jedyną i bezpośrednią przyczyną śmierci, przy czym śmierć nastąpiła w okresie 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku, wówczas wypłacimy Uposażonemu lub Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 3) Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku w związku z podróżą:
W przypadku, gdy Ubezpieczony ulegnie wypadkowi w związku z podróżą w Okresie Ubezpieczenia a taki wypadek jest jedyną i bezpośrednią przyczyną jego śmierci, przy czym śmierć nastąpiła w okresie 12 miesięcy od daty wypadku, wówczas wypłacimy Uposażonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 4) Śmierć w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu:
W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Partner dozna Zawału serca lub Udaru mózgu w Okresie Ubezpieczenia, a jest to jedyną i bezpośrednią przyczyną jego śmierci, przy czym śmierć nastąpiła w okresie 12 miesięcy od dnia Zawału serca lub Udaru mózgu, wówczas wypłacimy Uposażonemu lub Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 5) Śmierć w wyniku Nowotworu:
W przypadku, gdy Ubezpieczony umrze w Okresie Ubezpieczenia, a bezpośrednią przyczyną śmierci będzie Nowotwór, wypłacimy Uposażonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.

Wszystkie wyżej wymienione świadczenia są wyłączne, co oznacza, iż Ubezpieczony albo Osoby pozostające na utrzymaniu mogą być chronione w zakresie tylko jednego z wyżej wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych.

Powyższe oznacza, że roszczenia o Świadczenia wykluczają się wzajemnie, tj. osoba uprawniona może ubiegać się tylko o jedno Świadczenie, mające związek ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.

- 6) Urodzenie martwego dziecka:
W przypadku, gdy Ubezpieczonemu urodzi się martwe dziecko w Okresie Ubezpieczenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
5. Świadczenie 2. Urodzenie dziecka
W przypadku, gdy Ubezpieczonemu urodzi się dziecko w Okresie Ubezpieczenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.

Roszczenia mogą być składane z wykorzystaniem formularzy dostarczanych przez Ubezpieczyciela, w których Ubezpieczyciel określa dokumenty wymagane do wypłaty Świadczeń, bądź w jakiegokolwiek innej postaci, zgodnie z § 18.1.

UMOWA UBEZPIECZENIA OSOBOWEGO

6. Świadczenie 3. Całkowite trwałe inwalidztwo
 - 1) Całkowite trwałe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku:
W przypadku, gdy Ubezpieczony ulegnie uszkodzeniu ciała z powodu zdarzenia losowego, mającego gwałtowny przebieg i wywołanego widoczną przyczyną zewnętrzną w Okresie Ubezpieczenia, skutkującego Całkowitym trwałym inwalidztwem w okresie 12 (dwunastu) miesięcy kalendarzowych od wystąpienia takiego zdarzenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie;
 - 2) Całkowite trwałe inwalidztwo w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu:
W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Partner dozna uszkodzenia ciała w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu w Okresie Ubezpieczenia, skutkującego Całkowitym trwałym inwalidztwem w okresie 12 (dwunastu) miesięcy kalendarzowych od wystąpienia takiego zdarzenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
7. Świadczenie 4. Choroby
 - 1) Poważna choroba:
W przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowana zostanie Poważna choroba w Okresie Ubezpieczenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia, za jedną Poważną chorobę w całym okresie trwania Umowy Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 2) Choroba śmiertelna:
W przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowana zostanie Choroba śmiertelna w Okresie Ubezpieczenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia za jedną Chorobę śmiertelną w całym okresie trwania Umowy Ubezpieczenia. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
8. Świadczenie 5. Hospitalizacja
 - 1) Hospitalizacja w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem do 14 dni/za dzień.
W przypadku jeżeli Ubezpieczony lub Partner zostanie poważnie ranny w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, którego skutkiem będzie konieczność Hospitalizacji przez okres do 14 dni, wówczas wypłacimy Sumę Ubezpieczenia za każde pełne 24 godziny spędzone przez Ubezpieczonego lub Partnera w Szpitalu wskutek uszkodzenia ciała spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, po pierwszych 2 dniach do maksymalnie 14 dni. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.
 - 2) Hospitalizacja w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem powyżej 14 dni/za dzień:
W przypadku, jeżeli Ubezpieczony lub Partner zostanie poważnie ranny w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, którego skutkiem będzie konieczność Hospitalizacji przez okres powyżej 14 dni, wówczas wypłacimy Sumę Ubezpieczenia za każde pełne 24 godziny spędzone przez

Ubezpieczonego lub Partnera w Szpitalu w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, po pierwszych 14 dniach do maksymalnie 180 dni. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.

3) Hospitalizacja niezbędna za względów medycznych do 14 dni/za dzień:

W przypadku, jeżeli Ubezpieczony lub Partner zachoruje i stanie się konieczna Hospitalizacja przez okres do 14 dni, wypłacimy wówczas Sumę Ubezpieczenia za każde pełne 24 godziny spędzone w Szpitalu podyktowane względami medycznymi, po pierwszych 2 dniach do maksymalnie 14 dni. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.

4) Hospitalizacja niezbędna za względów medycznych powyżej 14 dni/za dzień:

W przypadku, jeżeli Ubezpieczony lub Partner zachoruje i stanie się konieczna Hospitalizacja przez okres powyżej 14 dni, wówczas wypłacimy Sumę Ubezpieczenia za każde pełne 24 godziny spędzone w szpitalu podyktowane względami medycznymi po pierwszych 14 dniach do maksymalnie 180 dni. Suma Ubezpieczenia jest określona we Wniosko-Polisie.

UPOSAŻONY

§ 12.

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych. Ubezpieczony ma prawo dokonać zmiany wskazanych Uposażonych w każdym czasie.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego, Ubezpieczony wskazuje procentowy udział każdego z Uposażonych w Sumie Ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie wskazał procentowego udziału poszczególnych Uposażonych w Sumie Ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały poszczególnych Uposażonych w Sumie Ubezpieczenia są równe.
3. Jeśli Uposażony umrze przed Ubezpieczonym lub straci prawo do Świadczeń, wówczas jego udział w Sumie Ubezpieczenia przyznany zostanie innym Uposażonym proporcjonalnie do ich procentowych udziałów w Sumie Ubezpieczenia.
4. Wskazanie Uposażonego będzie nieskuteczne, jeśli Uposażony umrze wcześniej niż Ubezpieczony.
5. W przypadku, gdy nie został wyznaczony Uposażony, Świadczenie zostanie wypłacone następującym osobom:
 - 1) Partnerowi Ubezpieczonego;
 - 2) Dzieciom Ubezpieczonego - w równych częściach;
 - 3) Rodzicom Ubezpieczonego - w równych częściach;
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego - w równych częściach;
 - 5) innym osobom będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Świadczenie może być wypłacone osobie/osobom wskazanym w kolejnym punkcie tylko w przypadku, gdy żadna z osób wymienionych w poprzedzającym punkcie nie przeżyła Ubezpieczonego lub, jeżeli taka osoba nie będzie uprawniona do otrzymania Świadczenia zgodnie z ust. 7 poniżej, oraz zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego.
7. Świadczenie nie zostanie wypłacone osobie, która świadomie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13.

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego spowodowanego, wynikającego lub w bezpośredni sposób powiązanego z którymkolwiek z poniższych zdarzeń, jeżeli wymienione zdarzenia były przyczyną lub miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że Umowa Ubezpieczenia wyraźnie stanowi inaczej:
 - 1) Stan zdrowia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub powikłania wynikające ze Stanu zdrowia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) samobójstwo Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia, umyślne samookaleczenie, próba samobójcza, w stanie poczytalności lub niepoczytalności;
 - 3) przypadki AIDS (Syndrom Nabytego Niedoboru Odporności) oraz/lub zakażenia wirusem HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) inne niż przypadki określone w rozdziale dotyczącym poważnych chorób, choroby weneryczne, choroby przenoszone drogą płciową;
 - 4) udział lub zaangażowanie Ubezpieczonego w jakiegokolwiek operacje morskie, wojskowe lub powietrzne, w jakiegokolwiek sport jako zawodnik zawodowy, udział w wyścigach samochodowych, nurkowanie, lotnictwo, nurkowanie głębokie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa lub górską;
 - 5) wynikające lub będące skutkiem przestępstwa dokonanego przez Ubezpieczonego stwierdzonego przez właściwy organ lub właściwy Sąd, zgodnie z przepisami polskiego prawa karnego;
 - 6) nadużycie lub skutki nadużycia środków odurzających lub substancji halucynogennych, takich jak narkotyki i alkohol przez Ubezpieczonego – w rozumieniu Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Kodeksu karnego;
 - 7) wojna lub jakiegokolwiek działania wojenne, inwazja, działania obcej armii, operacje o charakterze militarnym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy też nie, lub czy udział w takich działaniach wynika ze służby w armii dowolnego państwa), wojna domowa, pospolite ruszenie, bunt, rewolucja, powstanie, przewrót wojskowy lub zamach stanu, skażenie chemiczne, radioaktywne lub atomowe;
 - 8) wrodzone wewnętrzne lub zewnętrzne choroby, wady lub anomalie lub ich skutki.
2. Postanowienia ust. 1 powyżej mają zastosowanie odpowiednio do Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących Osób pozostających na utrzymaniu.
3. Zgodnie z Zasadą niezatajania informacji, w przypadku gdy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową podano nieprawdziwe informacje, w szczególności zatajone zostały informacje o chorobie Ubezpieczonego lub Osoby pozostającej na jego utrzymaniu, wówczas Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia przez okres nieprzekraczający 3 lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, chyba że nieprawdziwe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli podanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie informacji było celowe, wówczas – w przypadku wątpliwości - przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe określone w Umowie Ubezpieczenia oraz jego konsekwencje było wynikiem tych podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych okoliczności.

UMOWA UBEZPIECZENIA OSOBOWEGO

4. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego lub w bezpośredni sposób powiązanego z którymkolwiek z poniższych zdarzeń, jeżeli wymienione zdarzenia były przyczyną lub miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że zostało wyraźnie określone inaczej w Umowie Ubezpieczenia:
 - 1) Stan zdrowia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub powikłania wynikające ze Stanu zdrowia przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia;

- 2) samobójstwo Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia, umyślne samookaleczenie, próba samobójcza, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 3) wszelkie przypadki inwalidztwa lub hospitalizacja wynikające ze stanu: spowodowanego, przedłużonego lub pogorszonego przez choroby psychiczne, zaburzenia psychiczne lub nerwowe, w tym zaburzenia lękowe i/lub depresyjne;
 - 4) przypadki AIDS (Syndrom Nabytego Niedoboru Odporności) oraz/lub zakażenia wirusem HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) inne niż przypadki określone w rozdziale dotyczącym poważnych chorób, choroby weneryczne, choroby przenoszone drogą płciową;
 - 5) udział lub zaangażowanie Ubezpieczonego w jakiegokolwiek operacje morskie, wojskowe lub powietrzne, w jakiegokolwiek sport jako zawodnik zawodowy, uczestnictwo w wyścigach samochodowych, nurkowanie, lotnictwo, nurkowanie głębokie, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa lub górską;
 - 6) wynikające lub będące konsekwencją przestępstwa dokonanego przez Ubezpieczonego potwierdzonego przez właściwy organ lub właściwy Sąd zgodnie z przepisami polskiego prawa karnego;
 - 7) nadużycie lub skutki nadużycia środków odurzających lub substancji halucynogennych, takich jak narkotyki i alkohol przez Ubezpieczonego – w rozumieniu Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Kodeksu karnego;
 - 8) wojna lub jakiegokolwiek działania wojenne, inwazje, działania obcej armii, operacje o charakterze militarnym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy też, nie, lub czy udział w takich działaniach wynika ze służby w armii jakiegokolwiek kraju), wojna domowa, pospolite ruszenie, bunt, rewolucja, powstanie, przewrót wojskowy lub zamach stanu, skażenie chemiczne, radioaktywne lub atomowe;
 - 9) wrodzone wewnętrzne lub zewnętrzne choroby, wady lub anomalie lub ich skutki;
 - 10) leczenie świadczone przez lekarza mieszkającego pod tym samym adresem, co Ubezpieczony, lub który jest członkiem rodziny Ubezpieczonego;
 - 11) wszelkie leczenie nieallopatyczne (tj. niebędące częścią medycyny klasycznej) lub będące Rehabilitacją,
 - 12) Hospitalizacja mająca na celu Rehabilitację.
5. Zapisy ust.1 powyżej mają zastosowanie odpowiednio do Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących Osób pozostających na utrzymaniu.
6. Zgodnie z Zasadą niezatajania informacji, w przypadku gdy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową podano nieprawdziwe informacje, w szczególności zatajone zostały informacje o chorobie Ubezpieczonego lub Osoby pozostającej na jego utrzymaniu, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia przez okres nieprzekraczający 3 lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, chyba że takie nieprawdziwe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Jeśli podanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie informacji było celowe - w przypadku wstąpienia wątpliwości - przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe określone w Umowie Ubezpieczenia oraz jego konsekwencje są wynikiem tych podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych okoliczności.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO ORAZ UBEZPIECZYCIELA **§ 14.**

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do płacenia Składek zgodnie z § 15 OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z warunkami określonymi w OWU.

SKŁADKA **§ 15.**

1. Termin płatności pierwszej Składki jest określony we Wniosko-Polisie.
2. Terminy płatności kolejnych Składek są określone we Wniosko-Polisie. Składka powinna być zaksięgowana na rachunku bankowym wskazanym przez Ubezpieczyciela nie później niż w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który Składka jest należna.
3. Składkę wpłaca Ubezpieczający co miesiąc na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela we Wniosko-Polisie lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczającemu.
4. Składka w całości służy pokryciu następujących kosztów: koszty ryzyka wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, koszty prowadzenia przez Ubezpieczyciela działalności ubezpieczeniowej, koszty dystrybucji oraz koszty administracyjne.
5. W przypadku, gdy Umowa Ubezpieczenia wygaśnie przed okresem, na który została zawarta, Ubezpieczający będzie miał prawo do otrzymania zwrotu Składki za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia.
6. W przypadku wystąpienia zaległości w płatnościach Składek, kolejna uiszczona Składka zostanie w pierwszej kolejności zaliczona na poczet najdawniejszych zaległych Składek, chyba że Ubezpieczający wskaże inaczej.

PROCEDURA W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO **§ 16.**

1. W przypadku wystąpienia któregośkolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w § 3 lub § 4, osoba uprawniona powinna niezwłocznie zgłosić ten fakt na piśmie do CBP.
2. W terminie 7 dni od dnia zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie lub Ubezpieczonego, o ile nie był on zgłaszającym roszczenie, oraz podejmie działania w celu ustalenia okoliczności zdarzenia, podstaw zgłoszonych roszczeń oraz kwoty Świadczenia, a także poinformuje osobę, która zgłosiła roszczenie na piśmie lub w inny sposób wskazany przez tę osobę, o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeśli będzie to niezbędne w celu zakończenia postępowania likwidacyjnego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej.
4. W przypadku, gdy wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia w terminie określonym w ust. 3 powyżej okaże się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym takie okoliczności mogły być wyjaśnione przy zachowaniu należytej staranności. Każdorazowo bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie określonym w ust. 3 powyżej.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 4 powyżej, poinformuje na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie, oraz Ubezpieczonego, chyba że jest osobą zgłaszającą roszczenie, o powodach niezaspokojenia całości lub części roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje, lub przysługuje w innej kwocie niż kwota wskazana w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel na piśmie poinformuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, chyba że jest on osobą zgłaszającą roszczenie, ze

wskazaniem okoliczności oraz podstawy prawnej całkowitej lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia. Informacja musi obejmować instrukcje dotyczące możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem.

7. Wszelkie roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia mogą być wnoszone zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela lub miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, spadkobiercy Ubezpieczonego, spadkobiercy Uposażonego, lub osoby uprawnionej zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
8. Osoby, o których mowa w ust. 7 powyżej mogą polubownie rozwiązać wszelkie spory wynikające z udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że złożą odpowiedni wniosek do Rzecznika Finansowego lub innego organu reprezentującego interesy tych osób lub podmiotów chroniących konsumentów zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu lub Uposażonemu lub innej uprawnionej osobie dostęp do informacji oraz dokumentów zebranych w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Osoby, o których mowa powyżej, mogą wnioskować do Ubezpieczyciela o potwierdzenie ww. informacji na piśmie oraz o sporządzenie na ich własny koszt kopii dokumentów oraz poświadczenie kopii dokumentów za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z Umowy Ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, który wyczerpał drogę postępowania reklamacyjnego przed Ubezpieczycielem, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (<https://rf.gov.pl/>) o pozasądowe rozwiązanie sporu.

SKARGI

§ 17.

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia lub klient, któremu Ubezpieczyciel przedstawił ofertę zawarcia Umowy Ubezpieczenia, może złożyć skargę dotyczącą jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub jego agenta lub działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczyciela, jak również skargę dotyczącą zawarcia lub wykonania Umowy Ubezpieczenia, w szczególności razem ze skargą lub odwołaniem od decyzji odmawiającej przyznania Świadczenia w całości lub w części, dalej łącznie jako "skargi".
2. Wszelkie skargi można składać:
 - osobiście w CBP Solutions Poland Sp. z o.o.
Al. Jana Pawła II 25
00-854 Warszawa
 - na piśmie na powyższy adres CBP lub na adres Ubezpieczyciela podany we Wniosko-Polisie,
 - telefonicznie lub z wykorzystaniem poczty elektronicznej, zgodnie z § 18.1.
3. Skarżący może złożyć skargę przez wyznaczonego adwokata/radcę prawnego, który dołączy do skargi pełnomocnictwo udzielone przez skarżącego.
4. Skarżący w swojej skardze powinien podać:
 - imię i nazwisko,
 - dane kontaktowe tj. adres zamieszkania, adres poczty elektronicznej, numer telefonu,
 - wszelkie wyjaśnienia i informacje, które mogą się przyczynić do sprawnego rozpatrzenia skargi.
5. Na prośbę skarżącego CBP lub Ubezpieczyciel potwierdzi - pisemnie lub w inny sposób wskazany przez skarżącego - fakt otrzymania skargi.
6. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
7. W przypadku, gdy nie jest możliwe określenie okoliczności niezbędnych do rozpatrzenia skargi, w terminie wskazanym w ust. 6, CBP lub Ubezpieczyciel poinformują skarżącego o przyczynach braku odpowiedzi oraz wskażą okoliczności, które pozostają do ustalenia oraz oczekiwany termin udzielania odpowiedzi na skargę, który nie powinien w żadnym wypadku przekroczyć 60 dni od dnia jej otrzymania.
8. Skarżący musi zostać poinformowany o sposobie rozpatrzenia skargi na piśmie lub na trwałym nośniku danych (tj. nośniku, który umożliwi użytkownikowi przechowanie informacji do niego adresowanej w sposób umożliwiający dostęp do informacji w okresie odpowiednim dla celów, do których informacje te zostały sporządzone oraz umożliwiający otwarcie przechowywanych informacji w niezmienionej formie) lub też, na prośbę skarżącego, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
9. Odpowiedź na skargę musi zawierać odniesienie do roszczeń skarżącego, faktyczne i prawne uzasadnienie decyzji Ubezpieczyciela, datę, do której roszczenie objęte rozpatrywaną skargą zostanie zrealizowane zgodnie z wolą klienta w terminie nie dłuższym niż okres 30 dni od dnia otrzymania skargi. Odpowiedź powinna zostać podpisana przez upoważnionego pracownika z określeniem imienia i nazwiska oraz stanowiska.
10. W przypadku nieuznania wszystkich lub części roszczeń skarżącego, odpowiedź na skargę będzie obejmowała instrukcje dotyczące możliwości wniesienia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela oraz możliwości wniesienia pozwu do właściwego sądu, ze wskazaniem, który sąd będzie właściwy w tym zakresie.
11. Wszelkie skargi wynikające z wykonywania Umowy Ubezpieczenia mogą być również zgłaszane do:
 - Rzecznika Finansowego: dane kontaktowe są dostępne na stronie www.rf.gov.pl,
 - Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów właściwych ze względu na miejsce zamieszkania skarżącego,
 - Urzędu Arbitra ds. Usług Finansowych (The Office of the Arbitrator for Financial Services), 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana, FRN 1530 Malta; Nr Tel: (+356) 21249245 (opłata według cennika operatora) lub pocztą elektroniczną na adres: complaint.info@financiararbiter.org.mt,niezależnie od prawa do wytoczenia powództwa cywilnego.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

§ 18.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z Umową Ubezpieczenia należy składać do CBP Solutions Poland Sp. z o.o., działającej w imieniu Ubezpieczyciela pod adresem:
CBP Solutions Poland Sp. z o.o.
Al. Jana Pawła II 25
00-854 Warszawa
Tel: +48 22 620-16-37
e-mail: biuro@cbp-solutions.pl
2. Strony Umów Ubezpieczenia oraz Ubezpieczeni są zobowiązani do niezwłocznego zgłaszania wszelkich zmian swoich danych teleadresowych.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

5. W sprawach nieuregulowanych w OWU zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym między innymi przepisy polskiego Kodeksu cywilnego, Kodeksu pracy, Kodeksu spółek handlowych oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
6. Zgodnie z obowiązującym prawem, Ubezpieczyciel zobowiązuje się traktować jako poufne wszelkie dane dotyczące Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego, znajdujących się w jego posiadaniu, przetwarzanych w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi prowadzonemu przez Organ Nadzoru Finansowego na Malcie.
8. W relacjach pomiędzy Stronami obowiązuje język polski.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

§ 19.

1. Oświadczenie o wypłacalności i sytuacji finansowej ONEY Life (PCC) Limited dostępne jest w biurze CBP przy Al. Jana Pawła II 25, 00-854 Warszawa.
2. Wpłaty świadczeń podlegają regulacjom w zakresie opodatkowania dochodów osób fizycznych i osób prawnych obowiązujących w dacie wypłaty.

§ 20.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie oraz Nieszczęśliwych Wypadków ONEY Bezpieczna Perspektywa obejmujące ogólne warunki ubezpieczenia na życie oraz ogólne warunki nieszczęśliwych wypadków zostały odpowiednio zatwierdzone przez:

1. ONEY Life (PCC) Limited w dniu 8/11/2018 w zakresie zapisów Umowy Ubezpieczenia na Życie oraz Zdarzeń Ubezpieczeniowych określonych w § 3.2 OWU oraz wspólnych zapisów oraz wchodzi w życie 9/11/2018.
2. ONEY Insurance (PCC) Limited w dniu 8/11/2018 w zakresie zapisów Umowy Ubezpieczenia Osobowego oraz Zdarzeń Ubezpieczeniowych określonych w § 4.2 OWU oraz wspólnych zapisów oraz wchodzi w życie 9/11/2018.



Edwina Leclere
Managing Director