

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSAGOWEGO
I_POS_12_2015

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 18 ust. 1, § 19 ust. 1-2, § 20 ust. 1-2, § 21, § 23 ust. 1-6, § 24 ust. 1, 2, 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 24 ust. 3, 5, § 25 ust. 1-5
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 15 ust. 1-4

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

Umowa ubezpieczenia (zwana **Umową**) zawierana jest na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego (zwanymi **OWU**) pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną (zwaną **Towarzystwem**) a osobami fizycznymi (zwanymi **Ubezpieczającymi**).

§ 2

Terminy użyte w OWU oznaczają:

- 1) **akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
- 2) **akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
- 3) **całkowita niezdolność do pracy** – stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwiający wykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód;

- 4) **dywidenda** – kwota wynikająca z przypisania do Umowy udziału w zyskach;
- 5) **dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy, wydany przez Towarzystwo w formie polisy lub innego dokumentu;
- 6) **Dziecko** – osoba fizyczna wskazana we wniosku uprawniona do otrzymania świadczeń przewidzianych Umową, o których mowa w § 22 pkt 1;
- 7) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku pierwszego miesiąca oraz każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się tego samego dnia, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 8) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy, wyznaczony przez daty wskazane w Umowie; końcem okresu ubezpieczenia jest dzień poprzedzający rocznicę polisy, przypadającą w roku ukończenia przez Dziecko wieku określonego w Umowie;
- 9) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica określonej w dokumencie ubezpieczenia daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za rocznicę polisy przypadającą w dniu 29 lutego uznaje się dzień 28 lutego każdego następnego roku polisy;

- 10) **rok polisy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
- 11) **rezerwa matematyczna** – kwota gromadzona przez Towarzystwo w trakcie trwania Umowy poprzez odkładanie części składek na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z Umowy;
- 12) **składka** – kwota wynikająca z Umowy wpłacana przez Ubezpieczającego w wysokości i terminach określonych przez Strony w Umowie;
- 13) **suma ubezpieczenia** – określona w dokumencie ubezpieczenia kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia lub śmierci lub całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
- 14) **Ubezpieczający (Ubezpieczony)** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy zobowiązania do zapłaty składki;
- 15) **wartość wykupu** – świadczenie należne i wypłacane na zasadach określonych w § 15 poniżej;
- 16) **wniosek** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy.

PRZEDMIOT I RODZAJ UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowa stanowi umowę ubezpieczenia posagowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) śmierć Ubezpieczonego;
- 2) dożycie przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia;
- 3) całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

ZAWARCIE UMOWY

§ 5

1. Umowa zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy i przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest w formie wniosku.
2. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu tekst OWU.
3. Integralną częścią wniosku jest ankieta medyczna zawierająca pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym w zakresie wymaganym przez Towarzystwo do zawarcia Umowy, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem i na koszt Towarzystwa.
5. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we wniosku, albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
6. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy, nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.
7. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Towarzystwo obowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami wniosku złożonego Towarzystwu przez Ubezpieczającego.

8. W przypadku braku sprzeciwu Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

§ 6

Z zastrzeżeniem § 5 ust. 6–7, w razie wątpliwości Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 7

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Umowie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki.

CZAS TRWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 7 lat.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 1) w dniu złożenia wniosku Ubezpieczony ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 50 lat;
 - 2) Ubezpieczony w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia nie ukończył 65 roku życia;
 - 3) w dniu złożenia wniosku Dziecko nie ukończyło 16 roku życia;
 - 4) koniec okresu ubezpieczenia przypada nie wcześniej niż w roku, w którym Dziecko ukończy 18 rok życia, i nie później niż w roku, w którym ukończy 25 lat.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

§ 9

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 10

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy.
2. Jeżeli ostatni dzień miesiąca polisy, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu, przypada po trzeciej rocznicy polisy, Ubezpieczającemu przysługuje świadczenie opisane w § 15.
3. Umowa rozwiązuje się wskutek:
 - 1) śmierci Dziecka;
 - 2) dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia;
 - 3) złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od Umowy;
 - 4) złożenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 5) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie, o którym mowa w § 12 ust. 1;w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
4. W przypadku rozwiązania Umowy, o którym mowa w ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa.

SKŁADKA

§ 11

1. Składka należna z tytułu Umowy płatna jest przelewem na rachunek bankowy wskazany we wniosku.
2. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać składkę w wysokości i w terminach ustalonych w Umowie.
3. Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo na podstawie sumy ubezpieczenia, okresu, na jaki zostaje zawarta Umowa, częstotliwości opłacania składki i wieku Ubezpieczonego zgodnie z ustaloną przez Towarzystwo taryfą składek obowiązującą w dniu zawarcia Umowy. Składka może być opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną.
4. Składkę uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo, jeżeli wpłynęła na ten rachunek w pełnej wysokości.
5. W przypadku rozwiązania Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI

§ 12

1. Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty składki wystosowanego przez Towarzystwo, Ubezpieczający nie wpłacił zaległej składki w dodatkowym terminie 7 dni od otrzymania tego wezwania, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, a odpowiedzialność Towarzystwa ustaje ze skutkiem na koniec miesiąca polisy, w którym upłynął dodatkowy termin do zapłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Towarzystwo w wezwaniu, o którym mowa w ust. 1, wskazuje konsekwencje nieopłacenia składki.
3. Jeżeli składka nie została zapłacona w wymaganym terminie, a ubezpieczenie posiada wartość wykupu określoną na podstawie § 15, Ubezpieczający może:
 - 1) przekształcić Umowę w bezskładkową, jeżeli spełnione zostały warunki określone w § 14 ust. 1;
 - 2) złożyć wniosek o dokonanie wykupu, pod warunkiem złożenia w Towarzystwie odpowiedniego wniosku w terminie do 45 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzystał z żadnego z praw wymienionych w ust. 3, to z upływem 45 dni od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki Umowa przekształcona zostanie w bezskładkową, o ile spełnione zostały warunki określone w § 14 ust. 1.
5. Jeżeli warunki wymagane do przekształcenia Umowy w bezskładkową nie są spełnione, to Umowę uznaje się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 13

Suma ubezpieczenia ustalona jest przez Strony w Umowie i jest określona kwotowo w dokumencie ubezpieczenia.

UMOWA BEZSKŁADKOWA

§ 14

1. Umowa może zostać przekształcona w bezskładkową w każdym czasie, pod warunkiem że istnieje wartość wykupu, określona w § 15.
2. Przekształcenie Umowy w bezskładkową jest ostateczne i Ubezpieczający po przekształceniu Umowy w bezskładkową nie ma możliwości wznowienia opłacania składek.
3. Po przekształceniu w Umowę bezskładkową suma ubezpieczenia równa jest wartości wskazanej w dokumencie ubezpieczenia dla Umowy bezskładkowej dla roku polisy, w którym nastąpiło przekształcenie.

WARTOŚĆ WYKUPU

§ 15

1. Prawo do wartości wykupu przysługuje Ubezpieczającemu od trzeciej rocznicy polisy.
2. Wartość wykupu dla każdego roku polisowego określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczający dokonuje wykupu w terminie innym niż rocznica polisy, wówczas Towarzystwo obliczy średnią wartość wykupu w oparciu o wartość wykupu odpowiadającą wartości z ostatniej rocznicy polisy powiększoną o kwotę proporcjonalną do czasu, który upłynął od ostatniej rocznicy polisy do daty wykupu.
4. Kwotę odpowiadającą wartości wykupu Towarzystwo wypłaca jednorazowo w terminie 14 dni od daty złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy lub złożenia wniosku o dokonanie wykupu.

UDZIAŁ W ZYSKACH

§ 16

1. W każdym roku polisowym, w którym istnieje wartość wykupu, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku. Udział ten Towarzystwo oblicza według wzoru:

$$UZ = 85\% \times (SZ-ST) \times WW$$

gdzie:

- UZ** – udział w zysku;
- SZ** – wyrażona w procentach stopa zysków osiągniętych przez Towarzystwo z inwestycji lokat stanowiących pokrycie rezerw matematycznych w okresie jednego roku polisy;
- ST** – wyrażona w procentach stopa zwrotu z inwestycji przyjęta do kalkulacji składki (stopa techniczna);
- WW** – średnia wartość wykupu, która jest równa średniej arytmetycznej wartości wykupu z dnia naliczenia udziału w zysku i wartości wykupu z końca poprzedniego roku kalendarzowego.

Jeżeli zdefiniowany wyżej udział w zysku jest mniejszy niż zero, to do celów niniejszego wyliczenia przyjmuje się, że jest on równy zero.

2. Udział w zysku naliczany jest na koniec każdego roku kalendarzowego, następującego po trzeciej rocznicy polisy pod warunkiem, że Umowa obowiązywała przez cały okres, za który naliczany jest udział w zysku.
3. Udział w zysku przyznany w danym roku obowiązywania Umowy jest ponownie inwestowany w kolejnych latach według stopy zwrotu równej stopie zysku z zainwestowanych lokat stanowiących pokrycie rezerw matematycznych. Jeżeli stopa ta jest mniejsza od zera, to na potrzeby wyliczenia przyjmuje się, że jest ona równa zero.
4. Udział w zysku wypłacany jest w postaci dywidendy po rozwiązaniu Umowy, pod warunkiem że rozwiązanie Umowy następuje nie wcześniej niż w ostatnim dniu roku przypadającym po trzeciej rocznicy polisy.
5. W przypadku wniosku o wypłatę wartości wykupu Ubezpieczający otrzyma udział w zysku przyznany na koniec roku kalendarzowego bezpośrednio poprzedzającego datę wykupu.
6. W przypadku dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci udział w zysku w postaci dywidendy naliczony do daty dożycia Dziecka, tj. ostatniego dnia okresu ubezpieczenia. Udział w zysku za okres pomiędzy ostatnią datą jego naliczenia a końcem okresu ubezpieczenia związanego z dożyciem przez Dziecko zostanie obliczony z zastosowaniem średniej wartości wykupu w tym okresie.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY

§ 17

Z tytułu Umowy Towarzystwo spełnia następujące świadczenia:

- 1) świadczenie z tytułu dożycia Dziecka do końca okresu ubezpieczenia lub
- 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, lub
- 3) świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, lub
- 4) świadczenie z tytułu śmierci Dziecka, w zależności od tego, które ze zdarzeń w okresie ubezpieczenia wystąpiło jako pierwsze.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA

§ 18

1. Świadczenie z tytułu dożycia Dziecka końca okresu ubezpieczenia wypłacane jest jednorazowo w wysokości sumy ubezpieczenia powiększonej o dywidendę.
2. Świadczenie z tytułu dożycia Dziecka końca okresu ubezpieczenia wypłacane jest niezależnie od świadczenia, o którym mowa, w § 19 i odpowiednio § 20 poniżej, o ile Dziecko dożyło do ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 19

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo do końca okresu ubezpieczenia:
 - 1) wypłaca świadczenie w formie renty miesięcznej w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 2;
 - 2) renta należna jest od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, i wypłacana jest najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca, za który jest należna, a jeżeli Umowa nie została przekształcona w bezskładkową,
 - 3) niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1, przejmie obowiązek opłacania składek z tytułu Umowy.
2. Ostatnie świadczenie w formie renty wypłacane jest w miesiącu poprzedzającym koniec okresu ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 20

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy w okresie ubezpieczenia, o ile Umowa nie została przekształcona w bezskładkową, Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek należnych po 180 dniu nieprzerwanego trwania całkowitej niezdolności do pracy.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek trwa do dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy albo podjęcia jakiegokolwiek pracy, jednak nie dłużej niż do dnia rozwiązania Umowy albo do końca okresu ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI DZIECKA

§ 21

W przypadku śmierci Dziecka w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wartość wykupu powiększoną o dywidendę.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 22

Z chwilą zajścia zdarzenia, z tytułu którego Towarzystwo zobowiązane jest spełnić określone w Umowie świadczenie, prawo do niego nabywa:

- 1) Dziecko w przypadku:

- a) dożycia do końca okresu ubezpieczenia lub
 - b) śmierci Ubezpieczonego;
- 2) Ubezpieczonego w przypadku:
 - a) całkowitej niezdolności do pracy lub
 - b) śmierci Dziecka.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 23

1. Towarzystwo spełni świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 1, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Towarzystwo podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Ponadto w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) w przypadku śmierci Ubezpieczonego dodatkowo:
 - a) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) statystyczną kartę zgonu lub inny dokument medyczny określający przyczynę śmierci;
 - 3) w przypadku dożycia przez Dziecko końca okresu ubezpieczenia dodatkowo dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia Dziecka;
 - 4) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy dodatkowo dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa, w tym zwłaszcza dokumentów medycznych koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
7. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem bankowym na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania świadczenia.
8. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo informuje o tym pisemnie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. W przypadku, gdy dokumenty przekazywane Towarzystwu są sporządzone w języku obcym, powinny być przedłożone wraz z tłumaczeniem przysięgłym na język polski.

§ 24

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie w celu ustalenia powstania całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

2. W okresie przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek Towarzystwo ma prawo wymagać od Ubezpieczonego, aby w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 21 dni:
 - 1) złożył oświadczenie o trwaniu całkowitej niezdolności do pracy;
 - 2) poddał się badaniom lekarskim w celu stwierdzenia ciągłości całkowitej niezdolności do pracy.
3. Niedopełnienie przez Ubezpieczonego powyższych warunków powoduje wznowienie obowiązku opłacania składek przez Ubezpieczonego z upływem terminu wyznaczonego przez Towarzystwo zgodnie z ust. 2 powyżej.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o ustaniu całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej w terminie 14 dni od daty jej ustania.
5. W przypadku niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłacenia składek należnych od daty ustania całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej, które zostały opłacone przez Towarzystwo wskutek przejścia obowiązku opłacania składek.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 25

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła wskutek (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) samobójstwa lub samookaleczenia Ubezpieczonego, które nastąpiły przed upływem 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego z przyczyny wyłączającej odpowiedzialność Towarzystwa Towarzystwo wypłaci Dziecku wartość wykupu zgodnie z § 15, jeżeli ona istnieje.
3. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku umyślnego przestępstwa popełnionego przez Dziecko, to świadczenie nie zostanie wypłacone Dziecku, a rodzinie Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi, a w razie jego braku
 - 2) pozostałym dzieciom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 3) rodzicom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli całkowita niezdolność do pracy powstała wskutek (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) chorób zdiagnozowanych u Ubezpieczonego przez lekarza przed datą zawarcia Umowy;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 3) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia Umowy;
 - 4) okoliczności, o których mowa w § 26 ust. 1, poniżej.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

§ 26

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku albo przed zawarciem Umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

REKLAMACJE I SPORY

§ 27

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym również w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazane w ust. 1.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazane w ust. 1, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe;
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w pkt 1;
 - 3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres poczta@ubezpieczeniapocztowe.pl.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek składającego reklamację Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - 1) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 2) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Towarzystwem mogą być również zakończone w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
8. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 28

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia składane są przez Ubezpieczającego w języku polskim.

2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.
3. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
4. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU świadczenia przysługujące z tytułu Umowy opodatkowane są na zasadach wskazanych w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (w odniesieniu do osób fizycznych).
5. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 03 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 16 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.



Artur Olech
Prezes Zarządu
Pocztowe Towarzystwo
Ubezpieczeń na Życie S.A.



Marcin Łuczyński
Członek Zarządu
Pocztowe Towarzystwo
Ubezpieczeń na Życie S.A.