

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DO UMOWY KREDYTU LUB POŻYCZKI HIPOTECZNEJ

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 3 – 5, § 10 ust. 1 – 10
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 1, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 17, 20 § 3 ust. 2, § 7 ust. 5, § 9 ust. 2, § 10 ust. 11, § 11

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie, zwanych dalej **Umowami**, zawieranych przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółkę Akcyjną, zwaną dalej **Towarzystwem**, z osobami fizycznymi zwanymi dalej **Ubezpieczającymi**.

DEFINICJE
§ 2

Określenia użyte w niniejszych 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) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący wskazanie do leczenia;
- 4) **Kredyt** – kredyt hipoteczny lub pożyczka hipoteczna udzielana przez Kredytodawcę na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczającym;
- 5) **Kredytodawca** – podmiot, który udzielił Ubezpieczonemu Kredytu;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; w rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- 7) **okres ubezpieczenia** – przedział czasu, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;

- 8) **opieka paliatywna lub hospicyjna** – proces obejmujący leczenie i opiekę nad osobą znajdującą się w okresie terminalnym choroby śmiertelnej, rozumianej jako nieuleczalna choroba, która zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, doprowadzi do śmierci Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy od daty jej zdiagnozowania;
- 9) **saldo zadłużenia** – kwota Kredytu pozostała kredytobiorcy do spłaty, pomniejszona o ewentualne odsetki za opóźnienie w spłacie Kredytu przez Ubezpieczonego. W przypadku Kredytów udzielonych lub denominowanych w walutach obcych lub indeksowanych do walut obcych Saldo Zadłużenia przeliczane jest na polskie złotówki po średnim kursie Narodowego Banku Polskiego dla danej waluty;
- 10) **suma ubezpieczenia** – ustalona w Umowie kwota, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, będąca podstawą do wyliczenia wysokości świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową;
- 11) **świadczenie** – kwota należna Uposażonym z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałej niezdolności do pracy, wypłacana według zasad określonych w Umowie oraz niniejszych OWU;
- 12) **trwała niezdolność do pracy** – zaistniała w okresie ubezpieczenia, trwała i całkowita niezdolność do wykonywania dożywnotnie przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie ubezpieczenia;
- 13) **trwale inwalidztwo** – zaistniała w okresie ubezpieczenia, uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące rezultatem nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia, które powoduje utratę lub całkowitą i nieodwracalną dysfunkcję narządu lub kończyny. Pod pojęciem trwałego inwalidztwa rozumie się wyłącznie te rodzaje trwałego inwalidztwa określone w Tabeli 1, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU;
- 14) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca z Towarzystwem Umowę, zobowiązana do zapłaty składki będąca jednocześnie Ubezpieczonym;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca konsumentem, która zawarła umowę Kredytu, której to osoby życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 16) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci;
- 17) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR);
za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 18) **wniosek** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy;
- 19) **wskazany lekarz** – lekarz wskazany przez Towarzystwo;
- 20) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne

- zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) wystąpienie trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
 - 3) wystąpienie trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
4. W przypadku trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną trwałej niezdolności do pracy.
5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego trwałego inwalidztwa Towarzystwo wypłaci część sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną trwałego inwalidztwa, odpowiadającą rodzajowi inwalidztwa, zgodnie z Tabelą 1, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych OWU.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało wniosek podpisany przez Ubezpieczającego;
 - 2) Ubezpieczony w dniu złożenia wniosku ukończył 18 rok życia i nie ukończył 70 roku życia;
 - 3) Ubezpieczony nie jest w okresie wypowiedzenia umowy o pracę,
 - 4) Ubezpieczony nie podlega opiece paliatywnej lub hospicyjnej,
 - 5) Ubezpieczony w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe (nie dotyczy zwolnień lekarskich związanych z ciążą i porodem), ani na urlopie dla poratowania zdrowia,
 - 6) w dniu złożenia wniosku nie obowiązuje względem Ubezpieczonego orzeczenie organu uprawnionego o niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia osoby składającej wniosek ochroną ubezpieczeniową. Decyzja Towarzystwa następuje niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 21 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku. O odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego w ciągu 7 dni od daty podjęcia decyzji.
3. Przed podjęciem decyzji co do objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie na koszt Towarzystwa lub żądać wypełnienia przez Ubezpieczonego dodatkowej ankiety medycznej.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy.
2. Po upływie pierwszego okresu ubezpieczenia określonego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa ulega każdorazowemu automatycznemu przedłużeniu na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, pod warunkiem niezłożenia przez Ubezpieczającego Towarzystwu, lub przez Towarzystwo Ubezpieczającemu, najpóźniej w terminie 1 miesiąca przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia

pisemnego oświadczenia o rezygnacji z przedłużenia ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 6

- Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po dniu zapłaty pierwszej składki.
- Umowa rozwiązuje się w:
 - dniu złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy, zgodnie z ust. 3;
 - dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - dniu wypłaty świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy;
 - ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia;
 - ostatnim dniu okresu wypowiedzenia Umowy;w zależności które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy, w terminie 90 dni od dnia zawarcia Umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy, termin 90 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

UPOSAŻONY

§ 7

- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazywania i zmiany Uposażonych.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym w udziałach określonych przez Ubezpieczonego.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
- Jeżeli nie wskazano Uposażonych, bądź wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, to świadczenie jest wypłacane członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - małżonkowi, a w razie jego braku
 - dzieciom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - rodzicom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - innym ustawowym spadkobiercom.
- Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 8

- Ubezpieczający obowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę ubezpieczeniową w wysokości i w terminach ustalonych w Umowie.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w Umowie.
- Wysokość składek obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana Ubezpieczonemu, oraz ewentualnie wypełnianej przez Ubezpieczonego ankiety medycznej lub uzyskanych dodatkowych informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego i innych danych mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
- Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez Towarzystwo z zagrożeniem, że brak zapłaty spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa, Ubezpieczający nie wpłacił zaległej składki w dodatkowym terminie 7 dni od otrzymania wezwania, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, a odpowiedzialność Towarzystwa ustaje z upływem okresu wypowiedzenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9

- Suma ubezpieczenia określana jest w Umowie.
- Określona w Umowie suma ubezpieczenia nie może przekraczać dwukrotności salda zadłużenia z dnia złożenia wniosku oraz kwoty 1 200 000 zł.
- W każdą rocznicę początku okresu ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego, suma ubezpieczenia może zostać zmieniona. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzależnienia zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia od wyników ponownej oceny ryzyka.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 10

- Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminach wskazanych w Umowie, nie dłuższych niż 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.
- Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia, informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zgłoszeniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z ubezpieczenia.
- Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest dostarczenie Towarzystwu dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego lub wysokość odpowiedzialności Towarzystwa, wskazanych przez Towarzystwo na stronie internetowej Towarzystwa lub w piśmie Towarzystwa, o którym mowa w ust. 3.
- 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 dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u wskazanych lekarzy, na koszt Towarzystwa.
- Trwała niezdolność do pracy jest stwierdzana niezwłocznie po zakończeniu procesu leczenia, z uwzględnieniem leczenia usprawniającego. Dopuszczone jest wcześniejsze wydanie orzeczenia, jeżeli trwała niezdolność do pracy jest niewątpliwa.
- Prawo do świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy zostanie przyznane, jeżeli zgodnie z opinią wskazanego lekarza brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
- W celu ustalenia stopnia inwalidztwa Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.
- Wysokość świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego ustalana jest przez wskazanego lekarza po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego na podstawie Tabeli 1, stanowiącą załącznik nr 1 do OWU.
- Do następstw nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone lub które utracono przed nieszczęśliwym wypadkiem.

Stopień inwalidztwa określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem Ubezpieczonego po wypadku a stopniem trwałego inwalidztwa istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.

12. W przypadku całkowitej odmowy lub odmowy wypłaty części świadczenia, Towarzystwo informuje o tym pisemnie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
13. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem bankowym na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 11

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które nastąpiły wskutek (związek przyczynowo-skutkowy):
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - b) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiły przed upływem 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały wskutek (związek przyczynowo-skutkowy):
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - b) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym Ubezpieczony poddał się dobrowolnie, prowadzonych poza kontrolą lekarzy;
 - d) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego,
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu (tj. gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia 0,2 promila alkoholu lub więcej lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia 0,1 mg lub więcej) albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - f) kierowania pojazdem przez Ubezpieczonego bez wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - g) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - h) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;
 - i) uprawiania alpinizmu, baloniarstwa, bobslejów, jazdy konnej, jazdy na nartach wodnych, lotniarstwa, motolotnictwa, narciarstwa lub snowboardu (poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi), nurkowania przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwa, parkouru, pilotowania samolotów silnikowych, raftingu i innych sportów uprawianych na rzekach górskich, skoków na elastycznej linie, skoków narciarskich, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki opartych na uderzeniach lub chwytach lub na walce z bronią, szybownictwa, żeglarsstwa morskiego lub transoceanicznego;
 - j) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - k) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

3. Jeżeli skutkiem zdarzenia ubezpieczeniowego jest trwałe inwalidztwo dotyczące kilku narządów lub kończyn wymienionych w Tabeli 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy świadczeń z tytułu utraty lub dysfunkcji poszczególnych narządów lub kończyn, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 9.

REKLAMACJE I SPORY

§ 12

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia 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 osoby wskazane w ust. 1.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby 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 na numer telefonu 370 48 48 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 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 rozpatrywane w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym (adres internetowy: www.rf.gov.pl) – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. 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, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy z umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron Umowy powinny być składane drugiej stronie na wskazany w Umowie adres zamieszkania lub siedziby.
2. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia składane są przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy w języku polskim. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia przysięgłego tłumaczenia spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.

§ 14

1. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy polskiego prawa.
2. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU, świadczenia przysługujące z tytułu Umowy opodatkowane są na zasadach wskazanych w:
 - 1) Ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (w odniesieniu do osób fizycznych) albo
 - 2) Ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych (w odniesieniu do osób prawnych).
3. Towarzystwo wskazuje, że sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa znajduje się jego w siedzibie.
4. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 11 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 4 stycznia 2017 roku i wchodzi w życie z dniem ich uchwalenia.

Załącznik 1**Tabela 1**

Świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa

Rodzaj trwałego inwalidztwa	% sumy ubezpieczenia
Utrata wzroku w obu oczach	100
Utrata wzroku w jednym oku	30
Utrata słuchu całkowita	60
Utrata słuchu w jednym uchu	15
Utrata obu przedramion	90
Utrata jednego ramienia	60
Utrata kciuka	10
Utrata palca wskazującego	5
Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	3
Utrata obu ud	90
Utrata jednego uda	55
Utrata obu całych stóp	70
Utrata jednej całej stopy	30