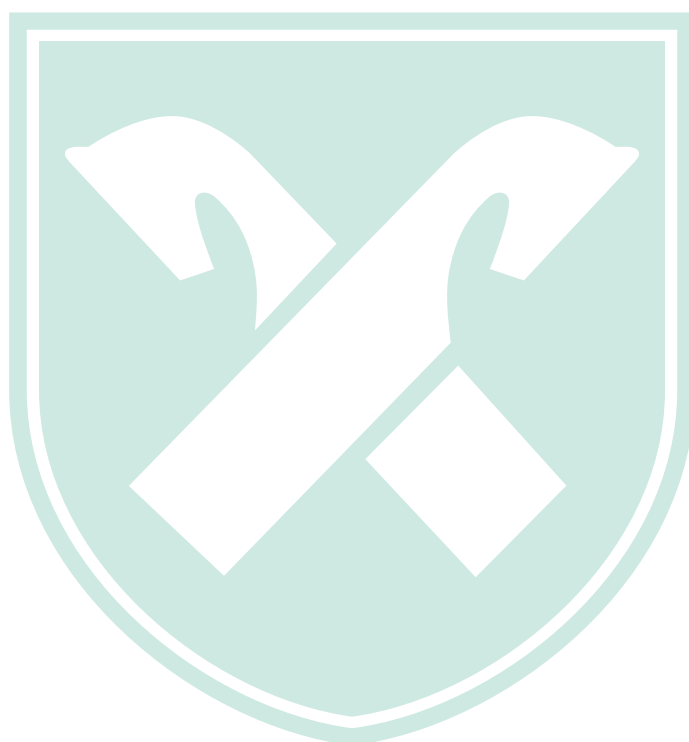


**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU
W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
„CONCORDIA PHINANCE QX”**



Spis treści

Skorowidz	3
Postanowienia ogólne	4
Warunki ubezpieczenia	5
Świadczenie ubezpieczeniowe	7
Postanowienia końcowe	8

- Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
- Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
 - osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia;
 - osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- Zgodnie z przyjętymi przez Ubezpieczyciela zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia.
- Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
 - pisemnie na adres Ubezpieczyciela:
ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań;
 - telefonicznie pod numerem telefonu **61 858 48 00;**
 - jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl.**
- Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
- W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
- Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
- Spory związane z usługami świadczonymi przez Ubezpieczyciela mogą być rozstrzygane:
 - w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
 - przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej).
- Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
 - Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl);
 - Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia (www.uokik.gov.pl).
- Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
- Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI
LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”**

Wykaz postanowień umownych – OWU stosowane do umów ubezpieczenia Utraty dochodu w następstwie śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (zatwierdzone uchwałą Zarządu WTUŻiR Concordia Capital SA z dnia 11 lutego 2016 r.) – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów

	OWU Utraty dochodu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 7; § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 7 ust. 6; § 8 ust. 2 i 4; § 10 ust. 3
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 3
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 3 ust. 9-11; § 4 ust. 6 i 7
Suma ubezpieczenia	§ 8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
2. Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
3. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 2, przyjmuje się wyższość zapisów dodatkowych lub odmiennej od OWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, stanowiących załącznik do Umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w OWU oraz Umowie indywidualnego terminowego ubezpieczenia utraty dochodu w następstwie śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (Umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 26) niniejszych warunków. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizację te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 2) **choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach F00 do F99;
- 4) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogeniczne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 5) **dokument ubezpieczenia** – dokument stanowiący potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 3 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa;
- 6) **lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczony wnioś sprawi, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 8) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), choroby Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

- b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę nasłórka,
 - d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 9) **organ emerytalno-rentowy** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
 - 10) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wozie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wozie lub powietrzu;
 - 11) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczonym nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
 - 12) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
 - 13) **renta miesięczna** – świadczenie ubezpieczeniowe przysługujące Ubezpieczonemu za każdy miesiąc trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, na zasadach określonych w OWU;
 - 14) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi: do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
 - 15) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej trwającą w sposób ciągły i nieprzerwany przez okres dłuższy niż 2 lata;
 - 16) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
 - 17) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
 - 18) **Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
 - 19) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
 - 20) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej wskazana przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 21) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej wskazana przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
 - 22) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 23) **wiek emerytalny** – wiek, w którym Ubezpieczonemu – zgodnie z przepisami obowiązującymi w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia – przysługuje prawo do przejścia na emeryturę na zasadach ogólnych, bez względu na to czy Ubezpieczony z tego prawa skorzysta. Za wiek emerytalny nie uważa się wieku, w którym Ubezpieczony nabywa prawo do przejścia na wcześniejszą emeryturę lub emeryturę pomostową;
 - 24) **wnioskowany okres ubezpieczenia** – okres ochrony udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia oraz kolejnych umów ubezpieczenia zawieranych w trybie, o którym

mowa w § 3 ust. 2, wskazany na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;

- 25) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. 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. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 26) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że łącznie spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
 - a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu,
 - b) jest połączona z czerpaniem dochodu,
 - c) łączy się z udziałem w zawodach, igryskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas oznaczony 5 lat i ulega automatycznemu przedłużeniu na zasadach wskazanych w ust. 2. Jeżeli w dniu wnioskowanego początku ochrony Ubezpieczonemu pozostało mniej niż 5 pełnych lat do osiągnięcia wieku emerytalnego wówczas Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta.
2. Umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne analogiczne okresy, jeżeli na 30 dni przed zakończeniem danego okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający nie złożył drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy. Jeżeli w dniu automatycznego przedłużenia Umowy Ubezpieczonemu pozostało mniej niż 5 lat do osiągnięcia wieku emerytalnego lub do zakończenia wnioskowanego okresu ubezpieczenia, a żadna ze stron nie złożyła w terminie oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy, Umowę ubezpieczenia przedłuża się na czas oznaczony do końca miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek emerytalny lub w którym upływa wnioskowany okres ubezpieczenia.
3. Wnioskowany okres ubezpieczenia powinien być określony w pełnych latach i wyznaczony do daty osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego lub do pierwszej możliwej daty po osiągnięciu przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego, która będzie przypadać w okresie pełnych lat od wnioskowanego początku ochrony. Jeżeli jednak w dniu wnioskowanego początku ochrony Ubezpieczonemu pozostało więcej niż 15 lat do dnia osiągnięcia wieku emerytalnego, wówczas koniec wnioskowanego okresu ubezpieczenia może przypadać wcześniej niż przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego, pod warunkiem, że wnioskowany okres ubezpieczenia jest nie krótszy niż 15 lat.
4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się, że nie złoży Ubezpieczającemu oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy, z wyjątkiem przypadków opisanych w ust. 5.
5. Ubezpieczyciel może złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy wyłącznie w przypadku zmiany powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących systemu ubezpieczeń społecznych lub wewnętrznych procedur stosowanych przez organy emerytalno-rentowe w zakresie orzekania o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli wskazane zmiany będą mogły przełożyć się na zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zwłaszcza na niemożność zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W szczególności Ubezpieczyciel może złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na skutek:
 - 1) zmian obowiązujących przepisów powodujących powszechne przyznanie Ubezpieczonemu praw do przejścia na emeryturę bez względu na wiek;
 - 2) zmian procedur orzekania przez organy emerytalno-rentowe dotyczących wydawania orzeczeń o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w szczególności skutkujących wydawaniem orzeczeń wyłącznie na okres krótszy niż 2 lata.
6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”

- Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową osobę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia jako Ubezpieczony.
- Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.
- Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. Niniejsze OWU określają jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
- W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
 - doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym niniejszych OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczający zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 10 pkt 1) – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
- W przypadku gdy Umowa zawarta na cudzy rachunek, w razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony może wstąpić za zgodą Ubezpieczyciela w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, jeżeli złoży Ubezpieczycielowi wniosek w tej sprawie w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego. Obowiązywanie Umowy ubezpieczenia (oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej) zostaje zawieszane na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowa ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, wnioskowany okres ochrony.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub przyjąć wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- W przypadku uchybienia obowiązkowi, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego) Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości

Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 3 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego. Umowę ubezpieczenia, w zakresie o którym mowa w § 10 ust. 4 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości z chwilą doręczenia tego dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.
- Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 3 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa. Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę w formie pisemnej albo – za zgodą Ubezpieczającego wyrażoną we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – w formie dokumentu elektronicznego.
- Potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia za pomocą polisy ubezpieczeniowej w postaci dokumentu elektronicznego następuje poprzez udostępnienie Ubezpieczającemu polisy w formie pliku komputerowego za pośrednictwem wskazanej przez Ubezpieczyciela platformy internetowej, intranetowej lub za pomocą innej platformy cyfrowej opartej na komunikacji sieciowej. Uzyskanie przez Ubezpieczającego dostępu do polisy w formie dokumentu elektronicznego następuje poprzez logowanie na wskazanej platformie do indywidualnego konta poprzez podanie danych uwierzytelniających Ubezpieczającego (loginu i hasła).
- Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia polisy, a także niniejszych OWU wraz ze wszystkimi postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, które to postanowienia wymagają formy pisemnej.

§ 5

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia;
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 12;
 - upływu okresu ubezpieczenia, na jaki Umowa została zawarta – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, jeżeli Umowa nie ulega przedłużeniu na warunkach wskazanych w § 3 ust. 2 i 4;
 - wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – jeśli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 4 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierci Ubezpieczającego w Umowie zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 12 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia jest liczony od dnia doręczenia wypowiedzenia Ubezpieczycielowi.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej przypadający od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia, za który Ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 16 rok życia oraz której pozostało co najmniej 5 pełnych lat do osiągnięcia wieku emerytalnego.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia może obejmować także ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
- Warunki odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby są następujące:
 - choroba została zdiagnozowana, a nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - zdarzenie to było podstawą orzeczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania choroby podlegał publicznemu ubezpieczeniu rentowemu zgodnie z obowiązującymi przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych;
 - trwała i całkowita niezdolność do pracy została stwierdzona orzeczeniem wydanym przez lekarza orzecznika na okres dłuższy niż 2 lata lub na czas nieoznaczony. W przypadku niezdolności do pracy wynikającej z zawału serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, przeszczepu dużych narządów, przewlekłej niewydolności nerek podstawą uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy może być więcej niż jedno orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez lekarza orzecznika pod warunkiem jednak, że z przedstawionych orzeczeń będzie wynikać, iż podstawą wszystkich orzeczeń była ta sama przyczyna oraz, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy w sposób ciągły i nieprzerwany przez okres dłuższy niż 2 lata;
 - orzeczenie stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zostało wydane w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się:
 - w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego – dzień śmierci Ubezpieczonego;
 - w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby – dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - polegającego na śmierci Ubezpieczonego – Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu sumę ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego;
 - polegającego na powstaniu u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby – Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w formie renty miesięcznej za każdy miesiąc niezdolności do pracy stwierdzonej w orzeczeniu lekarza orzecznika z zastrzeżeniem § 8 ust. 4.
- W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia obejmuje swoim zakresem również ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, w okresie, w którym – zgodnie z § 12 ust. 2 lub 3, ochrona ubezpieczeniowa w ramach tego ryzyka nie jest udzielana, Ubezpieczyciel udziela dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku, niezależnie od świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 5 pkt 1), Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo Uprawnionemu dodatkowe świadczenie w wysokości 12-krotności renty miesięcznej, o której mowa w ust. 5 pkt 2) (płatne jednorazowo), nie więcej jednak niż 50 000 zł.
- Zakres Umowy ubezpieczenia określany jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia, przysługuje świadczenie z każdej Umowy.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”

§ 8

Suma ubezpieczenia i zasady ustalania wysokości świadczeń

- Suma ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego ma charakter zmienny w okresie ubezpieczenia – to jest ustalana jest w różnej wysokości dla różnych przedziałów czasowych w okresie ubezpieczenia. Wysokość świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia w postaci śmierci Ubezpieczonego ustalana jest zgodnie z sumą ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Wysokość renty miesięcznej dla ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby ma charakter zmienny w okresie ubezpieczenia – to jest ustalana jest w różnej wysokości dla różnych przedziałów czasowych w okresie ubezpieczenia. Wysokość świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia w postaci powstania trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby ustalana jest dla każdej z rent osobno, zgodnie wysokością renty obowiązującą w dniu wypłaty świadczenia rentowego. Łączna wartość świadczeń rentowych wypłacanych przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby, obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Suma ta ma charakter zmienny w okresie ubezpieczenia – to jest ustalana jest w różnej wysokości dla różnych przedziałów czasowych w okresie ubezpieczenia.
- Wysokość sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wysokość sumy ubezpieczenia i kwoty renty miesięcznej dla ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby obowiązujących dla poszczególnych przedziałów czasowych okresu ubezpieczenia wynika z dokumentu ubezpieczenia.
- W odniesieniu do renty miesięcznej płatnej w przypadku zajścia zdarzenia w postaci powstania trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby obowiązują dodatkowo następujące zasady wypłaty świadczenia:
 - z zastrzeżeniem punktów poniższych renta miesięczna jest wypłacana za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do końca okresu niezdolności do pracy stwierdzonej orzeczeniem wydanym przez lekarza orzecznika, a w przypadku gdy okres niezdolności do pracy wykracza poza wnioskowany okres ubezpieczenia lub niezdolność do pracy jest stwierdzona na czas nieoznaczony – renta miesięczna jest wypłacana do końca wnioskowanego okresu ubezpieczenia bez względu na to czy Umowa ubezpieczenia obowiązuje czy uległa rozwiązaniu;
 - prawo do renty miesięcznej wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - prawo do renty miesięcznej wygasa, jeżeli w wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego przez lub na zlecenie organu emerytalno-rentowego ustalono zmianę stopnia niezdolności do pracy lub brak tej niezdolności. Jednak w takim przypadku renty miesięczne wypłacone Ubezpieczonemu do dnia zmiany stopnia niezdolności lub orzeczenia jej braku nie podlegają zwrotowi;
 - jeżeli Ubezpieczonemu przyznano rentę miesięczną na okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, a następnie zostanie wydane orzeczenie lekarza orzecznika stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na kolejny okres, wówczas renta miesięczna w tym kolejnym okresie przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli zostaną spełnione następujące warunki:
 - podstawą wydania kolejnego orzeczenia stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy jest ta sama przyczyna, która stała się podstawą stwierdzenia niezdolności do pracy w okresie, za który przyznano rentę miesięczną;
 - między okresem trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, za który przyznano rentę miesięczną, a okresem całkowitej niezdolności do pracy wskazanym w kolejnym orzeczeniu nie występuje przerwa czasowa;
 - orzeczenie stwierdzające istnienie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na kolejny okres zostało wydane w okresie ubezpieczenia;
 - Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowo zaległe renty miesięczne należne za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego powstania trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby do dnia zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu

oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia.

- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego.
- Składka płatna jest w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
- Pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego lub niezwłocznie po tym dniu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa § 10 ust. 4 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie pierwszej składki regularnej powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
- Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 10, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia pierwszej składki regularnej – Ubezpieczającemu przysługuje dodatkowa 30-dniowa prolongata terminu płatności (prolongata), liczona od terminu wymagalności składki. Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie do opłacenia składki i poinformuje o skutkach jej nieopłacenia. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie przysługującym Ubezpieczającemu, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia terminu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty.

§ 10

Tryb udzielania ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem od ust. 2 do 5 poniżej.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka. W takim przypadku zastosowanie mają ust. od 3 do 5 poniżej.
- W przypadku określonym w ust. 2 ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu ma charakter tymczasowy. Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela;
 - tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniej niż dzień po zaplaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia, w którym doszło do zawarcia Umowy (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty spisania wniosku), w zakresie, o którym mowa w ust. 4 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w ust. 4;

- tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony nie opłacono pierwszej składki regularnej;
- zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie nieszcześliwego wypadku, który prowadzi do śmierci Ubezpieczonego. W następstwie zajścia nieszcześliwego wypadku w czasie udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 000 zł, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszcześliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
- Pełna ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem potwierdzenia jej przez Ubezpieczyciela poprzez wystawienie polisy. Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej).
- Dodatkowa ocena ryzyka, o której mowa w ust. 2, dokonywana jest w sposób następujący:
 - Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
 - Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia, jak również zasięgania informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udziela świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 11

Okres ochrony

- Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
- Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego może być przedłużana w trybie określonym w § 3.

§ 12

Wygąsnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby wygasa z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby wygasa również:
 - z dniem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do przejścia na emeryturę, w tym do przejścia na wcześniejszą emeryturę lub emeryturę pomostową, niezależnie od tego czy Ubezpieczony z tego prawa skorzystał;
 - na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalający na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach tego ryzyka zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 3.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okresu, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby ulega przywróceniu.
- W przypadkach wskazanych w ust. 2 i 3, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszcześliwego wypadku lub choroby ulega przekształceniu w ochronę ubezpieczeniową dla

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”

ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach opisanych w § 7 ust. 6.

§ 13

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:

- 1) popełnienia samobójstwa, jeżeli samobójstwo nastąpiło w okresie pierwszych dwóch lat od dnia udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, usiłowania popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, a także wskutek uczestnictwa w misjach pokojowych i stabilizacyjnych, czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
- 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
- 4) zatrucia alkoholem, zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza.

2. W odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz w odniesieniu do zdarzeń w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w przypadkach, o których mowa w § 7 ust. 6 (dodatkowa ochrona ubezpieczeniowej dla ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku) oraz § 10 ust. 3 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:

- 1) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych, bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 2) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 1) (np. marskość wątroby);

- 3) zdarzeń spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego;
- 4) błędów w sztuce lekarskiej;
- 5) poddania się eksperymentowi medycznemu;
- 6) nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
- 7) prowadzenia pojazdu lądowego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
- 8) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, zaburzeń psychicznych, chorób psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych;
- 9) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;

- 10) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym, jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych;

- 11) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
- 12) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpiniz, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazdy ekstremalnej na motocyklu, kolarstwa ekstremalnego (tzw. freeride), off-road i rajdów przeprawowych;

- 13) wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
 - a) Ubezpieczony nie znajdował się na pokładzie samolotu, albo
 - b) Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.

§ 14

Osoby uprawnione do świadczenia Uposażony

1. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi poniżej.
2. W przypadku ryzyka w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie

nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego – przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.

3. Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:

- 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
- 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
- 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
- 4) w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
- 5) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępcemu;
- 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2) do 4) powyżej;
- 7) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada spadkobiercom Ubezpieczonego według ich udziału w spadku.

4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 15

Postępowanie w razie zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczający/Ubezpieczony/Uprawniony/Uposażony jest obowiązany:

- 1) każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty zdarzenia;
- 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
- 3) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
- 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu;
- 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela;
- 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej;
- 7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
- 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
- 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności

roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.

4. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez lekarza orzecznika.
5. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
6. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 16

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
2. Jeżeli w terminach określonych w Umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłata bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
5. Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych niepowodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
7. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.

§ 17

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w formie renty miesięcznej w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie będące sumą rat rent należnych za okres od dnia uznanego w orzeczeniu lekarza orzecznika za początek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy do dnia wypłaty pierwszej części świadczenia. Kolejne raty renty miesięcznej są wypłacane Ubezpieczonemu co miesiąc, począwszy od wypłaty pierwszej części świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 18

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY „CONCORDIA PHINANCE QX”

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia może składać oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Wszystkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 20

Zmiana treści Umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do Umowy pod rygorem nieważności.

§ 21

Przepisy prawa mające zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia

1. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 22

Zatwierdzenie i wejście w życie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 13 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.



Prezes Zarządu
Jacek Smolarek



Członek Zarządu
Jacek Bielaczyk