

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
OWU_OG_11_2024

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	<p>§ 1 ust. 3, ust. 6 § 2 ust. 1-2 § 4 ust. 1 § 5 ust. 1, ust. 3 – 7, ust. 11 – 13 § 9 § 10 § 11 ust. 2 – 5 § 16 ust. 3</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	<p>§ 1 ust. 3 § 2 ust. 1 – 2, ust. 6 § 4 ust. 1 § 5 ust. 1, ust. 3 – 7, ust. 10- 13 § 6 § 9 § 10 § 16 ust. 3</p>

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną, zwaną dalej Towarzystwem, a dowolnym podmiotem, zwanym dalej Ubezpieczającym.
- Grupowa Umowa Ubezpieczenia na Życie, do której zastosowanie mają niniejsze OWU dalej zwana Umową Główną, jest zawierana na rachunek Ubezpieczonych.
- Użyte w niniejszych OWU oraz umowach ubezpieczeń dodatkowych terminy oznaczają:
 - 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;

- 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;
- certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia;
- choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego (czynnika chorobotwórczego), prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- ciągłość ochrony ubezpieczeniowej** – oznacza okres ubezpieczenia z tytułu poprzedniej grupowej umowy ubezpieczenia, który zakończył się nie później niż 1 miesiąc przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia;

- 6) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu osoby, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi oraz który w istniejących warunkach, zdolny jest wywołać szkodliwe skutki, w tym także pogorszyć stan zdrowia Ubezpieczonego. Do takich czynników (przyczyn zewnętrznych) należą: działanie elementów ruchomych, luźnych, ostrych, maszyn, urządzeń i narzędzi, działanie czynników termicznych (zbyt niska i zbyt wysoka temperatura), działanie innych czynników fizycznych (energia elektryczna, promieniowanie elektromagnetyczne, hałas, wibracje), działanie substancji chemicznych (zatrucia), potknięcie lub spadnięcie niezależne od Ubezpieczonego, zadziałanie osób trzecich (uderzenie, popchnięcie). Z niniejszej definicji wyłączony jest zbyt duży wysiłek fizyczny w stosunku do tego, który może ponieść Ubezpieczony (dźwignięcie lub podniesienie ciężaru), a także skutki przeciągania lub przesuwania ciężkich przedmiotów, pochylania się, skłonów, kucania, przeciążenia, wysiłku fizycznego;
- 7) **deklaracja przystąpienia** – pisemna deklaracja zgody Ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia wraz ze złożonymi oświadczeniami;
- 8) **dziecko** – dziecko biologiczne lub przysposobione albo pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, które nie ukończyło 25 roku życia;
- 9) **dziecko pełnoletnie** – dziecko biologiczne lub przysposobione Ubezpieczonego pracownika, jego partnera życiowego lub małżonka, które ukończyło 18 rok życia;
- 10) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka za danego Ubezpieczonego została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej należnej wysokości;
- 11) **karencja** – okres, w którym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia ubezpieczeniowe, z wyłączeniem zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 12) **małżonek** – osoba pozostająca w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w związku małżeńskim z Ubezpieczonym w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane czynnikiem zewnętrznym, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- 14) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
- 15) **partner życiowy** – osoba wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pozostająca z Ubezpieczonym w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym pożyciu. Partner życiowy i Ubezpieczony nie mogą być ze sobą spokrewnieni w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia włącznie ani pozostawać w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu z inną osobą. Ubezpieczony ma prawo zmienić wskazanie partnera życiowego po upływie 12 miesięcy, licząc od dnia poprzedniego wskazania składając Towarzystwu stosowne oświadczenie;
- 16) **poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, poprzedni wariant ochrony;
- 17) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne, na które składają się wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe służące ustaleniu rozpoznania choroby, lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie choroby;
- 18) **pracownik** – osoba fizyczna, która jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest osobiste świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego lub związana z Ubezpieczającym innym stosunkiem prawnym łączącym Ubezpieczającego z Ubezpieczonym, który będzie zaakceptowany przez Towarzystwo;
- 19) **rocznica umowy ubezpieczenia** – każdy okres 12 miesięcy kalendarzowych rozpoczynający się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca, w którym rozpoczęła się umowa ubezpieczenia, a kończący się w dniu poprzedzającym dzień, w którym przypada najbliższa rocznica tej umowy ubezpieczenia;
- 20) **roczny okres ubezpieczenia** – okres kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych rozpoczynający się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca, a kończący się w dniu poprzedzającym dzień, w którym przypada najbliższa rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego;
- 21) **składka** – kwota, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 22) **sport** – wszelkie formy aktywności fizycznej, które przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach;
- 23) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,5% alkoholu albo b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 24) **stan po użyciu alkoholu** – zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 25) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
- 26) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników, która zawarła umowę ubezpieczenia z Towarzystwem;
- 27) **Ubezpieczony** – osoba przystępująca do umowy ubezpieczenia: pracownik, małżonek albo partner życiowy, pełnoletnie dziecko, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 28) **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 zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 29) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU, której stronami są Towarzystwo i Ubezpieczający, na podstawie której Towarzystwo zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz osoby uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
- 30) **Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, rozszerzająca zakres Umowy Głównej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
- 31) **uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazani przez Ubezpieczonego jako uprawnieni do otrzymania świadczenia w razie śmierci tego Ubezpieczonego;
- 32) **uprawniony** – uposażony lub osoba wskazana w § 11 ust. 5;
- 33) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie zarodkowym lub płodowym mogący występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;

- 34) **wniosek** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający po wprowadzeniu wymaganych informacji składa oświadczenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 35) **wskazany lekarz** – lekarz wskazany przez Towarzystwo;
- 36) **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 uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji;
- 37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego oraz każde inne zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w umowie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.
- 3. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony na warunkach określonych w Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego.
- 4. Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
- 5. Zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia Ubezpieczony wybiera w deklaracji przystąpienia. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego certyfikatem.
- 6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Umowa ubezpieczenia

§ 3

- 1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 12 miesięcy, liczony od pierwszego dnia kalendarzowego danego miesiąca, a kończący się ostatniego dnia miesiąca swą nazwą odpowiadającemu miesiącowi poprzedzającemu miesiąc rozpoczęcia umowy ubezpieczenia. Czas trwania umowy ubezpieczenia wskazany jest w umowie ubezpieczenia.
- 2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy, liczonych w sposób, o którym mowa w ust. 1, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia.
- 3. Oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia musi zostać złożone najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.
- 4. Zasada, o której mowa w ust. 2 i 3, ma zastosowanie do kolejnych 12 miesięcznych okresów obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

§ 4

- 1. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia:
 - 1) jest pracownikiem lub małżonkiem ubezpieczonego pracownika albo partnerem życiowym ubezpieczonego pracownika lub pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego pracownika;
 - 2) ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;

- 3) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie dla poratowania zdrowia, w szpitalu, na rekonwalescencji, nie podlega opiece paliatywnej, nie przebywa na urlopie wychowawczym, nie posiada orzeczenia o niezdolności do pracy wydanego przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy;
- 4) może podpisać się pod oświadczeniem dotyczącym zdrowia.
- 2. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczony przekazuje Ubezpieczającemu podpisaną deklarację przystąpienia. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, Ubezpieczony może przystąpić tylko do jednego z nich.
- 3. Towarzystwo może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową. Decyzję Towarzystwo przekaże Ubezpieczającemu.

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 5

- 1. Z zastrzeżeniem ust. 5 - 6 okres ubezpieczenia rozpoczyna się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca następującego po miesiącu, w którym do Towarzystwa wpłynęła deklaracja przystąpienia, o ile za Ubezpieczonego zapłacono pierwszą składkę w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia.
- 2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, jeżeli nie spełnia ona kryteriów określonych w umowie ubezpieczenia i OWU. Decyzja Towarzystwa następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia przekazania Towarzystwu deklaracji przystąpienia. W przypadku niepoinformowania Ubezpieczonego przez Towarzystwo o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową w powyższym terminie uważa się, że Towarzystwo objęło Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 3. Za datę nabycia przez pracownika prawa do przystąpienia do umowy ubezpieczenia uważa się późniejszą z dat: datę zawarcia umowy ubezpieczenia lub datę zatrudnienia pracownika.
- 4. Za datę nabycia prawa do przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez małżonka albo partnera życiowego lub pełnoletnie dziecko uważa się późniejszą z dat:
 - 1) datę nabycia prawa do przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez pracownika, lub
 - 2) datę zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania małżonka, lub
 - 3) datę ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania pełnoletniego dziecka lub
 - 4) datę zatrudnienia pracownika – w przypadku przystępowania partnera życiowego.
- 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego pracownika w okresie pierwszych 6 miesięcy okresu ubezpieczenia (karencja), chyba że:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku несчастного wypadku mającego miejsce w okresie ubezpieczenia lub
 - 2) ubezpieczony pracownik przystąpił do ubezpieczenia nie później niż w terminie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia, licząc od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia – o ile pracownik pozostawał w stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) powstania stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego małżonka albo ubezpieczonego partnera życiowego lub ubezpieczonego pełnoletniego dziecka w ciągu pierwszych 6 miesięcy okresu ubezpieczenia (karencja), chyba że:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku несчастного wypadku mającego miejsce w okresie ubezpieczenia lub
 - 2) małżonek albo partner życiowy lub pełnoletnie dziecko przystąpił do ubezpieczenia nie później niż w terminie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia, licząc od dnia:
 - a) zawarcia umowy ubezpieczenia – o ile ubezpieczony pracownik pozostawał w stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;

- b) powstania stosunku zatrudnienia z Ubezpieczającym – o ile rozpoczął się po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - c) ukończenia przez pełnoletnie dziecko 18. roku życia – jeżeli miało to miejsce po zawarciu umowy ubezpieczenia.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
- 1) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) w dniu wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 4) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający otrzymał od Towarzystwa wezwanie do zapłaty zaległej składki za tego Ubezpieczonego w tym terminie, o ile składka ta nie została opłacona do tego dnia;
 - 5) z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę umowy ubezpieczenia, w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70. rok życia;
 - 6) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 7) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustało zatrudnienie Ubezpieczonego u pracodawcy;
 - 8) w odniesieniu do ubezpieczonego małżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka – w tym samym dniu, w którym wygasa ochrona względem ubezpieczonego pracownika;
 - 9) w ostatnim dniu miesiąca, w którym do Towarzystwa wpłynęła rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 10) z ostatnim dniem miesiąca, w którym otrzymaliśmy powiadomienie o rozwiązaniu małżeństwa – w odniesieniu do ubezpieczonego małżonka;
 - 11) z ostatnim dniem miesiąca, w którym ubezpieczony pracownik wskazał nowego partnera życiowego lub cofnął wskazanie poprzedniego partnera życiowego – w odniesieniu do ubezpieczonego partnera życiowego.
8. Ubezpieczony może złożyć pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym rezygnacja wpłynęła do Towarzystwa.
9. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 pkt 1) i 4), Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego, złożony w ciągu 30 dni od wygaśnięcia ochrony, obejmie go ubezpieczeniem indywidualnym na warunkach, jakie będą aktualnie obowiązywały w Towarzystwie.
10. Ubezpieczony może zmienić wariant ubezpieczenia wyłącznie w rocznicę umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 11, 12 i 13.
11. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego wariantu ubezpieczenia i w rocznicę umowy ubezpieczenia zmienił ten wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego, które było przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariantcie, karencja określona w ust. 5 i 6 obowiązuje w stosunku do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant przewiduje wyższą wysokość świadczenia dla tego zdarzenia ubezpieczeniowego.
12. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego wariantu ubezpieczenia i w rocznicę umowy ubezpieczenia zmienił ten wariant, a dotychczasowy wariant nie obejmował zdarzeń, które w zmienionym wariantcie ubezpieczenia są przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej, wówczas w odniesieniu do zdarzeń, które nie były objęte ochroną ubezpieczeniową, obowiązują karencje określone we właściwej Umowie Ubezpieczenia Dodatkowego.
13. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach danego wariantu i w rocznicę umowy ubezpieczenia zmienił ten wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, który był przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariantcie ubezpieczenia, karencje określone we właściwych Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego obowiązują do różnicy wysokości świadczeń jeżeli nowy wariant ubezpieczenia przewiduje wyższe wysokości świadczeń. Świadczenie w okresie karencji zostanie wypłacone w niższej z kwot, tj. wyliczone zostanie w oparciu o sumę ubezpieczenia z tytułu poprzednio obowiązującego wariantu ubezpieczenia (suma

ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzednim wariantcie) albo w oparciu o sumę ubezpieczenia z tytułu obecnie obowiązującego wariantu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 6

- 1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiło:
 - a) przed upływem 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej albo
 - b) przed upływem 2 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczonego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa za skutki tych okoliczności.
- 3. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe, w szczególności, że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

Składka

§ 7

- 1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego z Ubezpieczonych w wysokości i terminie ustalonych w umowie ubezpieczenia.
- 2. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną, przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
- 3. Wysokość składki za danego Ubezpieczonego określona jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzona w polisie. Wysokość składki jest stała i uwzględnia również okresy karencji, które obowiązują w umowie ubezpieczenia.
- 4. Wysokość składki za danego Ubezpieczonego zależy od:
 - 1) zakresu i wysokości świadczeń,
 - 2) liczby, struktury wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia, a także rodzaju wykonywanej przez nie pracy.
- 5. Pierwsza składka płatna jest w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym złożono wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 6. Jeżeli składka nie została opłacona w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie 7 dni, począwszy od dnia następnego po dniu, w którym składka powinna zostać opłacona, informując go jednocześnie o skutkach nieopłacenia składki.
- 7. Okres odpowiedzialności rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym składka została opłacona.
- 8. Brak zapłaty składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 6, oznacza wypowiedzenie przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca po upływie dodatkowego terminu, o którym mowa w ust. 6.
- 9. Każda następna składka płatna jest z góry, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
- 10. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień, w którym składka została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa, w pełnej należnej wysokości.
- 11. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania

do zapłaty, informując go jednocześnie o skutkach nieopłacenia należnej składki, określonych w § 5 ust. 7 pkt 4.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. Suma ubezpieczenia stanowi kwotę, na podstawie której Towarzystwo ustala wysokość wypłacanego świadczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego wskazana jest we wniosku oraz certyfikacie.
3. Suma ubezpieczenia jest stała przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

Partner życiowy

§ 9

1. Wskazanie partnera życiowego może nastąpić w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia albo w terminie późniejszym w formie pisemnej.
2. Towarzystwo związane jest wskazaniem przez Ubezpieczonego partnera życiowego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu wskazania.
3. W przypadku wycofania wskazania partnera życiowego oraz w przypadku wskazania nowego partnera życiowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących partnera życiowego wskazanego wcześniej, wygasa w dniu otrzymania przez Towarzystwo wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
4. W przypadku zmiany partnera życiowego odpowiedzialność z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących nowo wskazanego partnera życiowego rozpoczyna się zgodnie z zapisami dotyczącymi właściwych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. Przy obliczaniu wysokości świadczeń uwzględnia się zasady określone w OWU lub w odpowiednich Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego oraz wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo zobowiązane jest spełnić świadczenie w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższym niż 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 3, 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. 3.
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego, Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem 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.
6. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 5 może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
7. Osoba zgłaszająca roszczenie składa do Towarzystwa:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazane przez Towarzystwo na właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia lub na stronie internetowej Towarzystwa bądź w piśmie, o którym mowa w ust. 5.

8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.
9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo może:
 - 1) 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;
 - 2) w przypadku Umów Ubezpieczeń Dodatkowych – skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u wskazanych lekarzy, na koszt Towarzystwa.
10. Jeżeli dokumenty, o które Towarzystwo zwróciło się do osoby uprawnionej są w innym języku niż polski, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o dostarczenie Towarzystwu ich tłumaczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego.
11. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie nie tylko osobę występującą z roszczeniem, ale też Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
12. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w umowie ubezpieczenia Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest ona osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

Uprawniony

§ 11

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazywania i zmiany uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest wypłacane uposażonym w udziałach procentowych określonych przez Ubezpieczonego.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku uposażonych i nie określił udziału każdego z nich w kwocie świadczenia, uznaje się, że wszystkie udziały w wypłacanym świadczeniu są równe.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
5. 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:
 - 1) małżonkowi, a w razie jego braku
 - 2) dzieciom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 3) rodzicom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

Prawa i obowiązki stron

§ 12

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczonemu OWU oraz ogólnych warunków Umów Ubezpieczeń Dodatkowych na piśmie lub na innym trwałym nośniku przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji przystąpienia osób przystępujących do umowy ubezpieczenia;
 - 3) udostępniania Ubezpieczonym treści umowy ubezpieczenia (polisy) w zakresie, w jakim dotyczy ona praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków

umowy ubezpieczenia, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;

- 5) informowania Ubezpieczonych, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia, o zakresie zmian umowy ubezpieczenia;
 - 6) informowania Ubezpieczonych o zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej lub o jej przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy;
 - 7) informowania Towarzystwa, o zmianie swoich danych oraz zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych Ubezpieczonych, uposażonych;
 - 8) przekazywania do Towarzystwa składek w uzgodnionych terminach;
 - 9) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej lub za zgodą Ubezpieczającego na innym trwałym nośniku informacji dotyczącej warunków umowy ubezpieczenia oraz zmiany warunków umowy ubezpieczenia, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 3) informowania osoby występującej z roszczeniem, uprawnionego o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli takie zdarzenia zostaną zgłoszone;
 - 4) zawiadamiania Ubezpieczonego lub uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części;
 - 5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 13

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 14

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania przez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Reklamacje i spory

§ 15

1. Będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej oraz uposażonemu, a także spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w szczególności dotyczące ustalenia odpowiedzialności, 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) na piśmie – 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, albo

wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej Ustawy;

- 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby wskazanej w ust. 1 w jednostce, o której mowa w pkt 1);
- 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej:
 - na adres: poczt@pocztowenazycie.pl,
 - poprzez stronę internetową: www.pocztowenazycie.pl.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie. Wyłącznie 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) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Składającemu reklamację będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku: nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji oraz niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację.
8. Na wniosek składającego reklamację będącego osobą fizyczną spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl>).

Postanowienia końcowe

§ 16

1. 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 przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.
5. Na dzień zatwierdzenia OWU świadczenia przysługujące z tytułu umów zawieranych na podstawie niniejszych OWU opodatkowane są na zasadach wskazanych w Ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (w odniesieniu do osób fizycznych).
6. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 55/2024 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 7 listopada 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 18 listopada 2024 r.