OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTU GOTÓWKOWEGO BANKU POCZTOWEGO S.A. OWU_IND_BPZYC_09_2026

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2 § 4 ust. 2-4 § 5 § 6 § 9 § 11 § 12 § 16 ust. 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 2 § 4 ust. 2-4, ust. 6 § 5 § 6 ust. 2 § 9 § 11 § 13 § 16 ust. 3

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie dla Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A., zwane dalej **OWU**, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych przez Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., zwaną dalej **Towarzystwem**, z Kredytobiorcami Banku Pocztowego S.A. zwanymi dalej **Ubezpieczającymi**.

Definicje

§ 2

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia należy rozumieć:

1) **akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
2) **akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
3) **Bank** – Bank Pocztowy S.A. z siedzibą w Bydgoszczy;
4) **kredyt** – kredyt udzielony Kredytobiorcy przez Bank na mocy Umowy kredytu;
5) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu samodzielnie lub wspólnie z inną osobą fizyczną;
6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; za przyczynę zewnętrzną uznaje się każdy czynnik zewnętrzny pochodzący spoza organizmu Ubezpieczonego, zdolny - w istniejących warunkach - 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 ciężaru) oraz przeciąganie, przesuwanie ciężkich przedmiotów;

7) **niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego:
   a) mycia się,
   b) ubierania się,
   c) jedzenia,
   d) toalety,
   e) przemieszczania w obrębie domu,

   potwierdzona wydaniem przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez Towarzystwo, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, niedająca pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji;
8) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
9) **oświadczenie o stanie zdrowia** – oświadczenie dotyczące stanu zdrowia Kredytobiorcy, składane przez niego w ramach wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
10) **poszukujący ochrony ubezpieczeniowej** – osoba, która wyraziła wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią umowy ubezpieczenia z dystrybutorem ubezpieczeń;
11) **składka** – składka lub rata składki, jest to kwota, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający;
12) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
13) **stan nietrzeźwości** – zachodzi, gdy 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 dm^3;
14) **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 dm^3;
15) **suma ubezpieczenia** – stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa kwota odpowiadająca równowartości początkowej kwoty udzielonego Ubezpieczonemu kredytu na podstawie Umowy kredytu;
16) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca zawierający umowę ubezpieczenia z Towarzystwem zobowiązany do zapłacenia składki;
17) **Ubezpieczony**:
   a) Ubezpieczający,
   b) inny Kredytobiorca w ramach tej samej Umowy kredytu, którego życie jest przedmiotem ubezpieczenia – w przypadku gdy stroną Umowy kredytu jest więcej niż jeden Kredytobiorca, pod warunkiem, że:
      i. zostanie zgłoszony do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego we wnioskopolisie;
      ii. we wnioskopolisie oświadczy, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej; oświadczenie takie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w ramach tej samej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych łącznie maksymalnie dwóch Kredytobiorców (w tym Ubezpieczający);
18) **Umowa kredytu** – umowa kredytu gotówkowego zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą, na podstawie której Bank oddaje do dyspozycji Kredytobiorcy, na czas oznaczony w umowie, określoną kwotę środków pieniężnych (kredyt), a Kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w Umowie kredytu i zwrotu kwoty otrzymanego kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu;
19) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Towarzystwem na wniosek Ubezpieczającego na podstawie niniejszych OWU;
20) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci;
21) **uprawniony** – Uposażony lub osoba wskazana w § 12 ust. 5;
22) **uruchomienie kredytu** – postawienie do dyspozycji Ubezpieczonego części lub całości kredytu udzielonego z tytułu Umowy kredytu;
23) **wcześniejsza spłata kredytu** – całkowita spłata kredytu przed upływem okresu kredytowania przewidzianego we wnioskopolisie;
24) **wnioskopolisa** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający po wprowadzeniu wymaganych informacji, po złożeniu podpisu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia i akceptuje jej warunki;
25) **wskazany lekarz** – lekarz wskazany przez Towarzystwo;
26) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;
27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego lub wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności:
   1) śmierci Ubezpieczonego;
   2) niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo doręcza osobie, która zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia, OWU oraz dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Dokumenty te są ponadto udostępniane na stronie internetowej Banku – www.pocztowy.pl i na stronie Towarzystwa - www.pocztowenazycie.pl oraz przekazywane Ubezpieczającemu wraz z wnioskopolisą.
2. Ubezpieczonym może zostać każdy Kredytobiorca, którego wiek w dniu podpisania wnioskopolisy, powiększony o okres kredytowania obowiązujący w dniu zawarcia Umowy kredytu, nie przekracza 80 lat.
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia każdy z Kredytobiorców, któremu ma zostać udzielona ochrona ubezpieczeniowa składa oświadczenie o stanie swojego zdrowia znajdujące się we wnioskopolisie.
4. Jeżeli stroną Umowy kredytu jest dwóch Kredytobiorców spełniających kryteria objęcia ubezpieczeniem, ochroną ubezpieczeniową w ramach tej samej Umowy kredytu mogą być objęci obydwaj – Ubezpieczający oraz drugi Kredytobiorca, pod warunkiem, że zostanie zgłoszony do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego we wnioskopolisie i oświadczy, że chce skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej na jego rachunek.

5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wnioskopolisy, która jest jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia z Kredytobiorcą wnioskującym o jej zawarcie w przypadku braku spełnienia przez któregokolwiek z Kredytobiorców warunków wymaganych zgodnie z OWU, dla zawarcia umowy ubezpieczenia lub gdy Kredytobiorca nie spełnia warunków, o które Towarzystwo pytało we wnioskopolisie.

Czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 5

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres wskazany we wnioskopolisie, nie dłuższy niż okres udzielonego kredytu.

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 6

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym we wnioskopolisie, nie wcześniej jednak niż z dniem następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wnioskopolisy oraz uruchomienia kredytu.
   Data początku odpowiedzialności oraz data zawarcia umowy ubezpieczenia wskazane są we wnioskopolisie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia;
   2) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat (w stosunku do tego Ubezpieczonego);
   3) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
   4) z dniem śmierci Ubezpieczonego (w stosunku do tego Ubezpieczonego);
   5) z upływem okresu wypowiedzenia;
   6) z dniem wskazanym w wezwaniu do zapłaty w razie bezskutecznego upływu dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego przez Towarzystwo zgodnie z § 10 ust. 6, w sytuacji o której mowa w § 7 ust. 4;
   7) z dniem rozwiązania Umowy kredytu, w tym wskutek wcześniejszej spłaty kredytu;
   8) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji (w stosunku do tego Ubezpieczonego).

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego, bez podawania przyczyny. Umowa rozwiązuje się z dniem płatności kolejnej raty kredytu wynikającej z harmonogramu spłaty kredytu obowiązującego w dniu złożenia wypowiedzenia.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku gdy składka ubezpieczeniowa nie została opłacona w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 1 i pomimo wezwania do jej zapłaty w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 10 ust. 6, składka ubezpieczeniowa nadal nie została opłacona, Towarzystwo uzna, że umowa ubezpieczenia została wypowiedziana przez Ubezpieczającego. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem dodatkowego terminu na zapłatę składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 10 ust. 6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej przypadający do dnia upływu dodatkowego terminu, o którym mowa w zdaniu powyżej.

Prawa i obowiązki stron

§ 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest:
   1) zgłaszać Towarzystwu zmiany danych osobowych i teleadresowych swoich oraz Ubezpieczonego;
   2) terminowo opłacać składkę.
2. Ubezpieczony może wyznaczyć uposażonych we wniosku o ubezpieczenie oraz w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia wskazywać, zmieniać i odwoływać uposażonych.
3. Towarzystwo jest zobowiązane:
   1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania wynikające z umowy ubezpieczenia;
   2) przekazywać Ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacje dotyczące zmiany warunków umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia;
   3) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;
   4) informować na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części w przewidzianym terminie oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
   5) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem, ale też Ubezpieczonego, że świadczenie nie przysługuje w całości lub części, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wykonania zobowiązania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Suma ubezpieczenia

§ 9

1. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia w przypadku Umowy kredytu dla jednego Kredytobiorcy wynosi:
   a) 250 000 zł, gdy Kredytobiorca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 65 lat;
   b) 150 000 zł, gdy Kredytobiorca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończył 65 lat.
2. W przypadku Umowy kredytu dla dwóch Kredytobiorców wysokość łącznej maksymalnej sumy ubezpieczenia wynosi 250 000 zł. Suma ubezpieczenia dla każdego z Kredytobiorców stanowi ½ sumy ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa

§ 10

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki w wysokości i terminie, które zostały określone we wnioskopolisie.
2. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Składka płatna jest miesięcznie przelewem na rachunek bankowy wskazany w Umowie kredytu. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na tym rachunku.
4. Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
6. W przypadku nieopłacenia składki w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo po upływie tego terminu wezwie Ubezpieczającego do

zapłaty składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty, informując jednocześnie, o skutkach nieopłacenia składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 6 ust. 2 pkt 6 oraz § 7 ust. 4.

Ustalenie wysokości świadczenia i jego wypłata
§ 11

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, w razie śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo w granicach sumy ubezpieczenia wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) kapitału kredytu pozostającego do spłaty w dniu śmierci Ubezpieczonego;
   2) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od niewymagalnej części kapitału kredytu za okres 120 dni od dnia śmierci Ubezpieczonego;
   3) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od wymagalnej części kapitału kredytu, za okres 90 dni od dnia śmierci Ubezpieczonego;
   4) opłat i prowizji przewidzianych taryfą opłat i prowizji Banku należnych za okres 120 dni od dnia śmierci Ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w przypadku wystąpienia niezdolności do samodzielnej egzystencji u Ubezpieczonego będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
   1) kapitału kredytu pozostającego do spłaty w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem niezdolności do samodzielnej egzystencji;
   2) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od niewymagalnej części kapitału kredytu za okres 120 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem niezdolności do samodzielnej egzystencji;
   3) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od wymagalnej części kapitału kredytu, za okres 90 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem niezdolności do samodzielnej egzystencji;
   4) opłat i prowizji przewidzianych taryfą opłat i prowizji Banku należnych za okres 120 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem niezdolności do samodzielnej egzystencji.
3. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest dwóm Kredytobiorcom zgodnie z § 4 ust. 4, świadczenie z tytułu śmierci lub z tytułu wystąpienia niezdolności do samodzielnej egzystencji jednego z Ubezpieczonych przysługuje w wysokości ½ kwoty ustalonej zgodnie z ust. 1 - 2, nie wyższej jednak niż ½ sumy ubezpieczenia.
4. 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.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 4, 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. 4.
6. 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.
7. Osoba zgłaszająca roszczenie składa do Towarzystwa:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego (w zakresie danych niezbędnych do ustalenia tożsamości Uposażonego);
   3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kartę zgonu lub inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę śmierci;
   5) w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji – dokumentację medyczną potwierdzającą niezdolność do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji – jeżeli Ubezpieczony takie oświadczenie posiada.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.
9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa, w tym zwłaszcza dokumentów medycznych koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
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. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji, Towarzystwo decyduje o uznaniu świadczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 7 pkt 5 oraz ust. 9 i 10 lub kieruje Ubezpieczonego na badania lekarskie lub zwraca się o opinię wskazanego przez siebie lekarza i wówczas decyduje o uznaniu świadczenia na podstawie wyników tych badań lub opinii wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo ponosi koszty badań lekarskich, na które kieruje Ubezpieczonego oraz koszt opinii wskazanego przez siebie lekarza.
13. 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 uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
14. Prawo do świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji przysługuje, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Uprawniony
§ 12

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. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji, prawo do świadczenia przysługuje Ubezpieczonemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 13

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 przed upływem dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
   2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
   5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
   6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
   7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
   8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego, 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. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu tej umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe, w szczególności, że została zatajona choroba Ubezpieczonego.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia dokonywane są przez strony umowy ubezpieczenia, powinny być składane na wskazany w tej umowie adres zamieszkania lub siedziby.
2. Strony zobowiązane są do wzajemnego informowania się o zmianie swojego adresu lub siedziby.
3. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia dystrybutorowi działającemu w imieniu lub na rzecz Towarzystwa uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

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, w postaci papierowej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1, albo przesłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 Ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo;
   2) na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej na adres: poczta@pocztowenazycie.pl, 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 którym mowa w art. 25 tej Ustawy (AE:PL-76920-84652-VIBTA-26), albo
   3) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby wskazanej w ust. 1 w jednostce, o której mowa w pkt 1).
4. 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.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, 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.
6. Odpowiedź na reklamację, jest udzielana na następujących zasadach:
   1) gdy reklamacja została złożona na piśmie, w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez osobę wskazaną w ust. 1 na wniosku, chyba że osoba wskazana w ust. 1 wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   2) gdy reklamacja została wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres osoby wskazanej w ust. 1 do doręczeń elektronicznych, chyba że osoba wskazana w ust. 1 wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   3) gdy reklamacja jest złożona na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana na piśmie w postaci papierowej, chyba

że osoba wskazana w ust. 1 wniosła o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;

4) gdy reklamacja została złożona ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby wskazanej w ust. 1.

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 www: 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. Na dzień zatwierdzenia niniejszych 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).
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.
6. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 52/2026 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 7 września 2026 r. i wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2026 r.