

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„Ubezpieczenia, które współgrają – Ochrona Życia i Ochrona Zdrowia”

I_UW_12_2015

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 8 ust. 1-7 § 3 ust. 5-7
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 3, 4 § 9 ust. 1-8

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej „OWU”, zatwierdzone Uchwałą nr 01 z 16 grudnia 2015 roku Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. wchodzi w życie z dniem 01 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zwanych dalej „Umowami”, zawieranych przez Pocztové Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółkę Akcyjną, zwaną dalej „Towarzystwem”, z osobami fizycznymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU 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;
- Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna uprawniona do organizacji świadczeń uzupełniających w imieniu i na rzecz Towarzystwa;

- druga opinia lekarska** – opinia profesora lub doktora nauk medycznych praktykującego na terenie Polski, będącego specjalistą w danej dziedzinie, wydana w celu otrzymania przez Ubezpieczonego informacji co do tego:
 - czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
 - czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Polski, ze wskazaniem ośrodka stosującego tę metodę leczenia.
- lekarz Centrum** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant;
- miesiąc polisy** – okres rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego (jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu tego miesiąca) i kończący się w dniu poprzedzającym kolejny miesiąc polisy;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, będące bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego; w rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
 - wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ („Tis”) oraz „Ta” według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer),
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także chłoniak i mięsak Kaposiego;
- polisa** – dokument stanowiący dowód zawarcia Umowy i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- poważne zachorowanie** – następujące choroby: udar mózgu, zawał serca, nowotwór złośliwy;
- suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub świadczenia z tytułu poważnego zachorowania; wysokość sum ubezpieczenia uzależniona jest od wieku Ubezpieczonego (ulega zmianie wraz z ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia) i wybranego wariantu ubezpieczenia, zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych OWU;
- świadczenie** – kwota należna Uposażonym z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Ubezpieczonemu z tytułu poważnego zachorowania, wypłacana według zasad określonych w Umowie;
- świadczenie uzupełniające** – świadczenia należne Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania;
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca z Towarzystwem Umowę, zobowiązana do zapłaty składki, będąca jednocześnie Ubezpieczonym;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której, w zależności od wyboru dokonanego we wniosku, życie albo zdrowie jest przedmiotem Umowy, będąca jednocześnie Ubezpieczającym;
- Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 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:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika.
- wniosek** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy;
- 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:
 - objawy kliniczne niedokrwienia serca;

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od wyboru dokonanego we wniosku, życie albo życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. W zależności od wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego we wniosku, zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego (zakres „Ochrona Życia”) lub
 - 2) śmierć Ubezpieczonego i wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (zakres „Ochrona Zdrowia”) w okresie obowiązywania Umowy.
3. Jeżeli przed złożeniem wniosku rozpoznano u Ubezpieczonego cukrzycę typu 1, chorobę niedokrwinną serca, zawał serca, udar mózgu lub zaburzenia rytmu serca, to zakres ubezpieczenia nie obejmuje wystąpienia u Ubezpieczonego zawału serca ani udaru mózgu.
4. Jeżeli w okresie 10 lat przed złożeniem wniosku zdiagnozowano u Ubezpieczonego nowotwór złośliwy, to zakres ubezpieczenia nie obejmuje wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego.
5. W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonym świadczenie na wypadek śmierci określone w załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
6. Jeżeli zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, to w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w załączniku nr 1 do niniejszych OWU.
7. Jeżeli zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, to w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Alarmowe realizuje następujące świadczenia uzupełniające:
 - 1) przekazanie informacji o:
 - a) placówkach medycznych w Polsce, obejmującej bazę danych aptek, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów,
 - b) placówkach medycznych w Polsce mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) placówkach medycznych w Polsce, lekarzach rodzinnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek medycznych;
 - 2) drugą opinię lekarską, do kwoty 2.000 zł;
 - 3) organizację i pokrycie kosztów na terenie Polski wizyty specjalisty fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizację i pokrycie kosztów transportu oraz wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej, do kwoty 800 zł.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 1) w dniu jej zawarcia Ubezpieczony ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 70 lat;
 - 2) Ubezpieczony nie jest objęty ochroną w ramach innej umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU;
 - 3) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało wniosek podpisany przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy.
3. Zawarcie Umowy Towarzystwo potwierdza polisą.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy. Najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta, Ubezpieczający lub Towarzystwo mogą złożyć drugiej stronie oświadczenie o nieprzedłużeniu okresu trwania Umowy. W przypadku niezłożenia takiego oświadczenia w powyższym terminie, Umowa ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy. Zasada ta ma zastosowanie również do kolejnych 12 miesięcznych okresów obowiązywania Umowy.
2. Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie i wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po zapłacie pierwszej składki.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy, z zastrzeżeniem ust 4 poniżej. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
5. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisowego, za który należna jest Towarzystwu składka i w którym Ubezpieczony doręczył Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu.

6. W przypadku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, Umowa w zakresie „Ochrona Zdrowia” opisanym w §3 ust. 2 pkt 2 ulega rozwiązaniu.
7. Umowa rozwiązuje się w dniu śmierci Ubezpieczonego albo z datą jej wypowiedzenia zgodnie z § 5 ust. 5 lub § 7 ust. 3, albo z upływem ostatniego dnia okresu, za który została opłacona składka i w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia, w zależności które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.

UPOSAŻONY

§ 6

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. Jeżeli Uposażony nie żyje w chwili śmierci Ubezpieczonego lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym Uposażonym, proporcjonalnie do ich udziałów.
4. Jeżeli nie wskazano Uposażonych, wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi, a w razie jego braku;
 - 2) dzieciom, a w razie ich braku;
 - 3) rodzicom, a w razie ich braku;
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom.

SKŁADKI

§ 7

1. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę ubezpieczeniową w wysokości i w terminach ustalonych w Umowie.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przelewem na rachunek bankowy wskazany w polisie.
3. Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez Towarzystwo, Ubezpieczający nie wpłacił zaległej składki w dodatkowym terminie 7 dni od otrzymania wezwania, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, a odpowiedzialność Towarzystwa ustaje.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 8

1. Do obliczenia kwoty świadczenia stosuje się zasady określone w OWU oraz sumę ubezpieczenia z tytułu zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązującą w dniu jego wystąpienia.
2. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest dostarczenie Towarzystwu wniosku o wypłatę świadczenia oraz dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych przez Towarzystwo w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia udostępnionym na stronie internetowej Towarzystwa lub w piśmie, o którym mowa w ust. 3.
3. Towarzystwo informuje 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. Dotyczy to zwłaszcza dokumentów medycznych koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
4. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzeniu może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku jednoczesnego wystąpienia u Ubezpieczonego więcej niż jednego spośród poważnych zachorowań objętych zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości nieprzekraczającej sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.
7. Za datę wystąpienia poważnego zachorowania uważa się datę zdiagnozowania poważnego zachorowania przez lekarza.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła wskutek (związek przyczynowo - skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) samobójstwa lub samookaleczenia Ubezpieczonego, które nastąpiły przed upływem 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia.
2. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli jest ono skutkiem (związek przyczynowo - skutkowy) chorób zdiagnozowanych przez lekarza lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego przed złożeniem wniosku.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zachorowania na zawał serca lub udar mózgu jeżeli jest ono skutkiem zażywania przez Ubezpieczonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy zdiagnozowanego w pierwszych trzech miesiącach od złożenia wniosku.
6. Centrum Alarmowe nie świadczy usług organizacji i pokrycia w Polsce kosztów wizyty specjalisty fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub

organizacji i pokrycia kosztów transportu oraz wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej, w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

- Centrum Alarmowe nie realizuje świadczenia drugiej opinii lekarskiej w sytuacji, gdy diagnostyka nie jest ukończona i w opinii lekarza Centrum nie została przeprowadzona w stopniu umożliwiającym uzyskanie wiążącej drugiej opinii medycznej.
- Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej. W uzasadnionych przypadkach Centrum Alarmowe może podjąć decyzję o zwrocie Ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów usług objętych ubezpieczeniem do wysokości kosztów, które Centrum Alarmowe poniosłoby organizując usługę.

REKLAMACJE I SPORY

§ 10

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym również w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
- Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1.
- Reklamacja może być złożona:
 - w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21) ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe;
 - ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w pkt 1);
 - z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres poczta@ubezpieczeniapoczta.pl.
- Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek składającego reklamację, Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
- 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.

Artur Olech

Prezes Zarządu

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

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:

- wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
- określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Towarzystwem mogą być również zakończony w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia

9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

- Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron Umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie lub przesyłane za pomocą uzgodnionych elektronicznych kanałów komunikacji.
- Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia składane są przez Ubezpieczającego lub Uposażonego w języku polskim. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia przysięgłego tłumaczenia spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.

§ 12

- Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu Umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych.
- W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.

Marcin Łuczyński

Członek Zarządu

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Załącznik 1

Sumy ubezpieczenia dla osób w wieku nie przekraczającym 65 roku życia

Zakres „Ochrona Życia”

Wariant	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci	
	w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy w przypadku śmierci z przyczyny innej niż nieszczęśliwy wypadek	w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz od 13 miesiąca obowiązywania Umowy niezależnie od przyczyny śmierci
Wariant 30	Suma składek wpłaconych z tytułu udzielania ochrony w zakresie „Ochrona Życia” powiększona o 100 zł	9 000 zł
Wariant 20		6 000 zł
Wariant 10		3 000 zł

Zakres „Ochrona Zdrowia”

Wariant	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci	Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania	
		w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy	od 13 miesiąca obowiązywania Umowy
Wariant 30	100 zł	Suma składek wpłaconych z tytułu udzielania ochrony w zakresie „Ochrona Zdrowia” powiększona o 100 zł	12 000 zł
Wariant 20			8 000 zł
Wariant 10			4 000 zł

Sumy ubezpieczenia dla osób w wieku przekraczającym 65 rok życia

Zakres „Ochrona Życia”

Wariant	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci	
	w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy w przypadku śmierci z przyczyny innej niż nieszczęśliwy wypadek	w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz od 13 miesiąca obowiązywania Umowy niezależnie od przyczyny śmierci
Wariant 30	Suma składek wpłaconych z tytułu udzielania ochrony w zakresie „Ochrona Życia” powiększona o 100 zł	4 500 zł
Wariant 20		3 000 zł
Wariant 10		1 500 zł

Zakres „Ochrona Zdrowia”

Wariant	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci	Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania	
		w pierwszych 12 miesiącach od dnia zawarcia Umowy	od 13 miesiąca obowiązywania Umowy
Wariant 30	100 zł	Suma składek wpłaconych z tytułu udzielania ochrony w zakresie „Ochrona Zdrowia” powiększona o 100 zł	6 000 zł
Wariant 20			4 000 zł
Wariant 10			2 000 zł