

Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO

Zatwierdzone Uchwałą nr 1 Zarządu MACIF Życie Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 16 lipca 2014 roku.

PREAMBUŁA

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej OWU) regulują stosunek ubezpieczenia pomiędzy MACIF Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz Uposażonymi, z tytułu umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO.

SPIS TREŚCI

DEFINICJE

str. 3

Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

str. 3

Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

str. 4

Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy

Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

Rozdział III: ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

str. 4

Artykuł 7: Ograniczenie odpowiedzialności

Artykuł 8: Wyłączenie odpowiedzialności

Artykuł 9: Wygaśnięcie odpowiedzialności

Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

str. 5

Artykuł 10: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy

Artykuł 11: Wskazanie Uposażonych

Artykuł 12: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego

Artykuł 13: Odmowa wypłaty Świadczenia

Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

Artykuł 15: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa

Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK

str. 7

Artykuł 16: Ustalenie wysokości Świadczenia

Artykuł 17: Ustalenie Składki rocznej

Artykuł 18: Tryb opłacania Składek

Artykuł 19: Nieopłacenie Składek – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

str. 8

Artykuł 20: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

Artykuł 21: Wypłata Świadczenia

Artykuł 22: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

Artykuł 23: Skargi

Artykuł 24: Właściwość sądu

Artykuł 25: Obowiązkiwanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Artykuł 26: Opodatkowanie świadczenia

Artykuł 27: Właściwe przepisy prawa

DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nadano w ogólnych warunkach ubezpieczenia, umowie ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO oraz innych dokumentach poniższe znaczenie:

CHOROBA

Każdy uszczerbek na zdrowiu niespowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, stwierdzony przez lekarza.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Zdarzenie nagłe, nieprzewidziane, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli poszkodowanego, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.

SKŁADKA

Kwota wpłacana przez Ubezpieczającego jednorazowo lub w równych częściach, określonych w Warunkach szczególnych do umowy ubezpieczenia.

STAN NIETRZEŻWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

STAN PO UŻYCIU ALKOHOLU

W rozumieniu niniejszych OWU stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

ŚWIADCZENIE

Kwota wypłacona jednorazowo przez Towarzystwo w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego ochroną ubezpieczeniową.

SZPITAL

Podmiot leczniczy świadczący – przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – całodobową opiekę nad chorymi, w zakresie diagnostyki i leczenia. Definicja szpitala nie obejmuje: ośrodków opieki, w tym dla przewlekle chorych, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień.

TERMIN PŁATNOŚCI

Data, w której płatność Składki powinna zostać dokonana, zgodnie z umową ubezpieczenia.

TOWARZYSTWO

MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych.

TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO

Stan osoby fizycznej niepozwalający na wykonywanie jakiegokolwiek działania zarobkowej lub uzyskiwanie ja-

kichkolwiek dochodów (za wyjątkiem dochodów z tytułu świadczeń o charakterze socjalnym), oraz potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, wydanym przez lekarza specjalistę, utrata zdolności do samodzielnej egzystencji, polegająca na trwałej utracie możliwości wykonywania wszystkich łącznie – wymienionych dalej – podstawowych, zwykłych czynności życiowych: mycie się (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem, bez pomocy innych osób), ubieranie się (rozumiane jako wkładanie i zdejmowanie odzieży, bez pomocy innych osób), odżywianie się (rozumiane jako spożywanie posiłków przy pomocy sztućców i talerza, bez pomocy innych osób), przemieszczanie się (rozumiane jako przemieszczanie się z jednego pomieszczenia do drugiego, bez pomocy innych osób).

UBEZPIECZAJĄCY

Osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, będąca stroną umowy ubezpieczenia, zobowiązana do opłacania Składki.

UBEZPIECZONY

Wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte jest ubezpieczeniem. Ubezpieczonym może być jedynie osoba fizyczna, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 67 lat, Ubezpieczony powinien podlegać opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na terytorium Unii Europejskiej lub mieć miejsce zamieszkania na terytorium Unii Europejskiej, Ameryki Północnej lub krajów członkowskich EFTA (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

UPOSAŻONY

Osoba wskazana przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

WARUNKI SZCZEGÓLNE

Dokument ubezpieczenia w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego (polisa), stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w umowie.

WIEK UBEZPIECZONEGO

Różnica pomiędzy rokiem wejścia w życie lub każdorazowego przedłużenia umowy ubezpieczenia, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

ZABURZENIA PSYCHICZNE

Choroba, zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

ZAWIADOMIENIE O TERMINIE PŁATNOŚCI

Dokument wysyłany Ubezpieczającemu co roku przez Towarzystwo, w którym określona jest suma ubezpieczenia, Wiek ubezpieczonego, kwota podstawowej Składki rocznej, należna Składka lub jej raty oraz terminy, w których Składka lub jej raty powinny zostać zapłacone.

Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Artykuł 1: Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZ-

PIECZENSTWO jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. Niniejsze ubezpieczenie należy do działu I, grupa 1 „Ubezpieczenie na życie” oraz grupy 5 „Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4”, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U.z 2003 r., Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

Artykuł 2: Zakres ubezpieczenia

Zakres umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZENSTWO obejmuje wypłatę przez Towarzystwo świadczenia, w przypadku zajścia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w art. 3 poniżej.

Artykuł 3: Zdarzenia ubezpieczeniowe

Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) Trwałe i Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego,
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) Trwałe i Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 5) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 4: Czas trwania odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem postanowień art. 7 i 8, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie, o której mowa w art. 11 ust. 2, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości przewidzianej w Warunkach szczególnych.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Warunkach szczególnych umowy ubezpieczenia, jednakże nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wpłynięcia składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się na skutek zdarzeń określonych w art. 9.

Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Artykuł 5: Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Wniosek o zawarcie umowy wypełniają i podpisują Ubezpieczający i Ubezpieczony, odpowiadając bez wyjątków na wszystkie postawione pytania.
2. Właściwie sporządzony i podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dokument związany z zawarciem umowy ubezpieczenia tj. wniosek o zawarcie umowy, złożony zostaje w Towarzystwie lub jego upoważnionemu przedstawicielowi.
3. Umowę ubezpieczenia może zostać objęte życie i zdrowie Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że w roku zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia Wiek Ubezpieczonego nie może być większy niż 66 lat.
4. Umowę zawiera się na okres jednego roku, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.

5. Umowa ubezpieczenia przedłuża się automatycznie na kolejne okresy roczne, chyba że Ubezpieczający, nie później niż na 15 dni przed upływem okresu, na który Umowa została zawarta, zawiadomi Towarzystwo na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy.
6. W razie wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, umowa rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia.
7. Ostatnie automatyczne roczne przedłużenie umowy Acti OCHRONA BEZPIECZENSTWO może nastąpić w roku, w którym wiek Ubezpieczonego będzie wynosić 66 lat. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, Ubezpieczony wyraża zgodę na jej zawarcie oraz na wysokość sumy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.

Artykuł 6: Warunki akceptacji ryzyka

1. Podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia stanowi wniosek Ubezpieczającego o zawarcie umowy Acti OCHRONA BEZPIECZENSTWO, wraz z oświadczeniem Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) dotyczącym stanu zdrowia, przebytych chorób, działalności zawodowej i sportowej Ubezpieczonego.
2. Po rozpatrzeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może:
 - 1) zaakceptować ryzyko bez zastrzeżeń,
 - 2) odmówić zawarcia umowy Acti OCHRONA BEZPIECZENSTWO,
 - 3) zaproponować zawarcie umowy na odmiennych warunkach.
3. Akceptacja ryzyka przez Towarzystwo następuje poprzez wystanie Warunków szczególnych do Ubezpieczającego.
4. Po zaakceptowaniu ryzyka przez Towarzystwo, umowa wchodzi w życie od daty określonej w Warunkach szczególnych i pod warunkiem opłacenia pierwszej rocznej Składki lub pierwszej raty Składki.

Rozdział III: ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Artykuł 7: Ograniczenie odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat trwania umowy ubezpieczenia i była wynikiem samobójstwa Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć lub Trwałe i Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiły w okresie pierwszych trzech lat trwania umowy ubezpieczenia i były wynikiem Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a o której wiedział i o której nie poinformował przy zawieraniu umowy.

Artykuł 8: Wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domo-

- wej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru.
2. W przypadku Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 8 ust. 1 oraz za zdarzenia będące wynikiem:
- 1) znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu (tj. za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu), środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1475, ze zm.), oraz załączników do tejże ustawy (tj. za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem tych substancji), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 2) uprawiania wszelkich sportów lotniczych (w szczególności takich jak pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów, parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, baloniarstwo) lub sportów o wysokim stopniu ryzyka doznania uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź śmierci, takich jak: wspinaczka wysokogórska, speleologia, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sptywy górskimi rzekami, lub wszystkie odmiany sportów wymienionych w tym punkcie,
 - 3) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
 - 4) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia.
3. W przypadku Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia określone w art. 8 ust. 1 i ust. 2, jak również zdarzenia będące wynikiem:
- 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego (w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 ze zm.) bez posiadania odpowiednich uprawnień,
 - 2) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 3) zaburzeń psychicznych,
 - 4) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 5) zatrucia alkoholem etylowym lub metylowym,
 - 6) zatrucia środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1475, ze zm.) oraz załączników do tejże ustawy, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez nie-

go zalecony.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia:
 - 1) wskazane w art. 8 ust. 1-3, przy czym w zakresie wyłączenia, określonego w ust. 3 pkt 6 i 7 odpowiedzialność Towarzystwa uwzględnia ograniczenie wskazane w art. 7 ust. 1,
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli jego śmierć nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy,
 - 3) będące wynikiem: następujących chorób: udaru mózgu, zawału serca, wylewu krwi do mózgu.

Artykuł 9: Wygaśnięcie odpowiedzialności

Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego następuje:

- 1) w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- 2) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 3) w przypadku nieopłacenia Składki lub rat Składki w terminie określonym w umowie, pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 19 ust. 1,
- 4) w przypadku pobytu Ubezpieczonego poza terytorium Unii Europejskiej, krajów członkowskich EFTA i Ameryki Północnej przekraczającego 12 kolejnych miesięcy,
- 5) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia (dotyczy zarówno umowy nowo zawartej, jak i automatycznie przedłużonej) w roku, w którym wiek Ubezpieczonego wynosi 67 lat,
- 6) w przypadku wypłaty świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, albo śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego, lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 7) z chwilą upływu terminu, na jaki Umowa została zawarta – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o braku woli przedłużenia umowy na kolejny okres roczny, o którym mowa w art. 5 ust. 5.

Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

Artykuł 10: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w Warunkach szczególnych; a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu musi być sporządzone na piśmie – pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu staje się skuteczne z chwilą doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od Umowy ubezpieczenia przysługuje zwrot wpłaconej składki. W takim wypadku należna Ubezpieczającemu składka zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w sprawie

odstąpienia od umowy.

3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczonego nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami artykułu 10 ust. 3, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia na skutek wypowiedzenia, Towarzystwo zwraca wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

Artykuł 11: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia, określając część świadczenia przypadającą każdemu z nich. W przypadku, w którym oznaczone każdemu z Uposażonych części Świadczenia nie dają sumy 100%, pozostałą część dzieli się pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu.

W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostaje rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w Świadczeniu.

2. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do Świadczenia ubezpieczeniowego będą osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku braku małżonka Ubezpieczonego: dzieci Ubezpieczonego lub ich spadkobiercy – w równych częściach, przypadających na każde dziecko,
 - 3) w przypadku braku osób wskazanych w lit. a) i b): rodzice Ubezpieczonego w równych częściach,
 - 4) w przypadku braku osób wskazanych w lit. a) – c): rodzeństwo Ubezpieczonego lub ich spadkobiercy w równych częściach, przypadających na każde z rodzeństwa,
 - 5) w przypadku braku osób wymienionych w lit. a) – d): inne osoby powołane do dziedziczenia po Ubezpieczonym – w równych częściach.
3. Świadczenie może zostać wypłacone osobom z kolejnej grupy wyłącznie wtedy, gdy wszystkie osoby, wskazane w poprzednich grupach, utraciły prawo do Świadczenia lub zmarły przed śmiercią Ubezpieczonego.

Artykuł 12: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego

1. Jeżeli udziały poszczególnych Uposażonych nie zostały

przez Ubezpieczonego określone, Towarzystwo podzieli Świadczenie w równych częściach pomiędzy wszystkich Uposażonych.

2. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego traci prawo do Świadczenia.
3. Ubezpieczony może zmienić Uposażonego lub Uposażonych w każdym czasie obowiązywania umowy.

Artykuł 13: Odmowa wypłaty Świadczenia

1. Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, w przypadku pominięcia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia danych lub informacji istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, lub w przypadku podania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia oświadczeń, danych lub informacji niezgodnych z prawdą, a istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, może odmówić wypłaty Świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało na skutek okoliczności pominiętych przez Ubezpieczonego, lub okoliczności, co do których Ubezpieczony podał nieprawdę.
2. Jeżeli do pominięcia bądź podania nieprawdy, o których mowa w ust. 1, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem zdarzenia pominiętego lub co do którego podano nieprawdę.

Artykuł 14: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Warunkach szczególnych oraz późniejszych aneksach i Zawiadomieniach o terminie płatności.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do pisemnego informowania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz o zmianie swoich danych osobowych.
3. Ubezpieczony, za zgodą Ubezpieczającego oraz Towarzystwa, uprawniony jest w każdej chwili do wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, inną niż Ubezpieczony, jego prawa i obowiązki, wynikające z umowy ubezpieczenia, mogą przejść na jego następców prawnych, pod warunkiem wyrażenia przez nich zgody, jak również uzyskania zgody Ubezpieczonego, chyba że umowa stanowi inaczej.
5. W przypadku, kiedy Ubezpieczający będący osobą prawną przestanie istnieć, jego prawa i obowiązki, wynikające z umowy ubezpieczenia, przechodzą na podmiot będący jego następcą prawnym, chyba że umowa stanowi inaczej.
6. Ubezpieczony ma prawo żądać, aby Towarzystwo

udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Artykuł 15: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa

1. Towarzystwo zobowiązane jest do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do terminowego i prawidłowego przestrzegania swoich zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia: w ogólnych warunkach, aneksach, odmowach, pismach dotyczących możliwości przedłużenia, wypowiedzenia lub rozwiązania umowy.
3. Towarzystwo ma obowiązek, najpóźniej w terminie 30 dni przed każdym automatycznym przedłużeniem umowy na kolejny okres roczny, przestać do Ubezpieczającego Zawiadomienie o terminie płatności.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, albo śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego, lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, w terminach i na warunkach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest powiadomić pisemnie Ubezpieczonego o tym, że Ubezpieczający zaprzestał opłacania Składek i zaproponować mu przejęcie praw i obowiązków Ubezpieczającego.

Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK

Artykuł 16: Ustalenie wysokości Świadczenia

1. Wysokość sum ubezpieczenia potwierdzona jest w dokumencie ubezpieczenia, zwanym Warunkami szczególnymi.
2. Sumy ubezpieczenia stanowią podstawę ustalania wysokości świadczeń.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego, tj.:
 - 1) w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - 3) w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, bądź Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku bądź Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,

- 4) w przypadku ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku trwającego więcej niż 1 doba.
4. Wysokość dziennego świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwającego więcej niż 1 doba wynosi 100 zł. W każdym roku trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje prawo do świadczenia z tytułu wyłącznie jednego pobytu w szpitalu, przy czym pobyt w szpitalu musi trwać dłużej niż 1 dobę i nie więcej niż 90 dni.
5. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku płatne jest Ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jednorazowe świadczenie określone w Umowie Towarzystwo wypłaca Uposażonym, a w przypadku braku osoby uposażonej, osobom ustalonym w sposób określony w art. 11 ust. 2.
7. W przypadku Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie określone w umowie otrzymuje Ubezpieczony.
8. Aby śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i Całkowite Inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mogły zostać uznane za spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem musi zostać spełniony warunek wystąpienia śmierci Ubezpieczonego, Trwałego i Całkowitego Ubezpieczonego lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Nadto, Nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 17: Ustalenie Składki rocznej

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa określana jest dla rocznego okresu ubezpieczenia, według obowiązującej taryfy w dniu zawierania umowy ubezpieczenia lub jej auto-

matycznego przedłużania.

3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za okres ubezpieczenia.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej oraz jej termin płatności określony jest w Warunkach szczególnych.
5. Na wniosek Ubezpieczającego, składka ubezpieczeniowa roczna może być opłacana w ratach półrocznych, kwartalnych i miesięcznych.
6. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa.
7. Termin płatności składki rocznej jest datą, od której rozpoczyna się kolejny jednoroczny okres ubezpieczenia; jest to również data, w której Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić swoją roczną składkę.

Artykuł 18: Tryb opłacania Składek

Składki ubezpieczeniowe opłacane są przelewem bankowym lub w drodze polecenia zapłaty.

Artykuł 19: Nieopłacenie Składek – rozwiązanie umowy Ubezpieczenia

1. Jeżeli Składka lub rata Składki nie jest opłacona w terminie 10 dni od daty płatności, Towarzystwo wysyła do Ubezpieczającego pismo, informujące o tym, że umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu jeżeli Ubezpieczający nie opłaci należnej składki lub raty składki w terminie 15 dni od dnia wysłania tego pisma.
2. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot wpłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Artykuł 20: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Uposażeni lub osoby, o których mowa w art. 11 ust. 2, występujące z wnioskiem o wypłatę Świadczenia, zobowiązani są przedstawić Towarzystwu:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) kartę statystyczną do karty zgonu z podaniem przyczyny zgonu lub zaświadczenie lekarskie stwierdzające przyczynę zgonu,
 - 4) dokument pozwalający potwierdzić tożsamość każdego z Uposażonych lub osób, o których mowa w art. 11 ust. 2, występujących z wnioskiem o wypłatę Świadczenia,
 - 5) postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub wydany przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia, jeżeli uprawnionymi do Świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego,
 - 6) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego wypadku,

- 7) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 8) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 9) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia), w przypadku gdy było prowadzone postępowanie,
 - 10) dokument pozwalający ustalić pokrewieństwo z Ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 11 ust. 2 pkt 2) – 4).
2. W przypadku Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) zaświadczenie lekarskie:
 - b) określające datę, w której Trwałe i Całkowite Inwalidztwo zostało orzeczone,
 - c) określające rodzaj Choroby lub Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował inwalidztwo,
 - d) potwierdzające, że Ubezpieczony jest trwale niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej lub uzyskiwania jakichkolwiek dochodów i że musi on korzystać z pomocy osób trzecich w celu wykonywania zwykłych czynności życiowych określonych w definicji Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa.
 - 4) dokumentację medyczną dotyczącą Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa,
 - 5) dokumentację medyczną dotyczącą Nieszczęśliwego wypadku oraz dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Trwałe i Całkowite Inwalidztwo nastąpiło w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 6) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 7) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 8) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia) w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
 - 9) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
 3. W przypadku wystąpienia Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, lub osoba upoważniona do działania w imieniu Ubezpieczonego zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,

- 5) notatkę policji – w przypadku zawiadomienia policji,
 - 6) protokół BHP – w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 7) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia) w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
 - 8) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
4. Przedłożone Towarzystwu wyniki badań oraz inne dokumenty, związane ze zgłoszonym roszczeniem, nie mają charakteru wyjątkowo wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia zasadności zgłaszanego roszczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie u wskazanego przez Towarzystwo lekarza. Koszt badań pokrywa Towarzystwo. W przypadku odmowy poddania się badaniom przez Ubezpieczonego Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
 5. W przypadku, w którym zawarcie umowy ubezpieczenia nastąpiło w związku z zawarciem przez Ubezpieczonego umowy kredytu, w celu zabezpieczenia roszczeń instytucji kredytowej (udzielającego kredytu) z tytułu udzielonego kredytu i Uposażonym jest instytucja kredytowa, należy również przedstawić kopię umowy kredytu oraz tabelę spłat rat kredytowych.
 6. Towarzystwo, w terminie 7 dni od otrzymania informacji o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, wysyła potwierdzenie odbioru do Ubezpieczonego lub do osób zgłaszających zdarzenie ubezpieczeniowe, przypominając o poszczególnych dokumentach, które należy przedstawić.

Artykuł 21: Wypłata Świadczenia

1. Z zastrzeżeniem art. 21 ust. 3 w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo rozpatruje sprawę i wypłaca Świadczenie.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane przez Towarzystwo jednorazowo.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 1, Towarzystwo wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Rozdział VII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Artykuł 22: Postępowanie w sprawach spornych i orzeczenie lekarskie

1. Towarzystwo może wyznaczyć lekarza w celu zbadania okoliczności śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zadaniem lekarza jest w szczególności:

- 1) określenie medycznych przyczyn śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) opisanie obecnego i dotychczasowego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 3) sprawdzenie czy Ubezpieczony spełnia pod względem medycznym warunki przewidziane w umowie, uprawniające go do otrzymania świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub z tytułu Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku gdy Uposażony, osoba o której mowa w art. 11 ust. 2, lub Ubezpieczony nie zgodzą się z wnioskami takiego orzeczenia lekarskiego, mogą oni we własnym zakresie uzyskać dodatkową ekspertyzę lekarską i przedłożyć ją Towarzystwu.
 3. Świadczenie nie jest należne, jeżeli Ubezpieczony odmawia poddania się badaniu lekarskiemu lub diagnostycznemu, z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, a bez przeprowadzenia tych badań nie jest możliwe ustalenie czy Ubezpieczony spełnia pod względem medycznym warunki przewidziane w umowie, uprawniające go do otrzymania świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa lub Trwałego i Całkowitego Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, lub jeżeli orzeczenie lekarskie wykaże, zgodnie z procedurą określoną powyżej, że warunki przewidziane w umowie nie zostały spełnione.

Artykuł 23: Skargi

1. Skargi dotyczące zawarcia, wykonania lub rozwiązania umowy ubezpieczenia można kierować pisemnie do Towarzystwa, wraz z opisem okoliczności sporu lub skargi.
2. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi.
3. Ubezpieczony ma prawo skierować skargę również do Rzecznika Ubezpieczonych lub innego urzędu wskazanego w przepisach prawa.

Artykuł 24: Właściwość sądu

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub przed sądem właściwym dla siedziby Towarzystwa.

Rozdział VIII: POSTANOWIENIA OGÓLNE

Artykuł 25: Obowiązki Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r.

Artykuł 26: Opodatkowanie świadczenia

Wypłacone Świadczenie z tytułu umowy podlega przepisom podatkowym (ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst. jednolity z dnia 17 stycznia 2012 r.

Dz.U. z 2012 r., , poz. 361 z późn. zm.) lub ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity z dnia 9 marca 2011 r. Dz.U. r., Nr 74, poz. 397 z późn. zm.) obowiązującym w chwili jego wypłaty.

Artykuł 27: Właściwe przepisy prawa

W sprawach nieuregulowanych przez niniejsze warunki ogólne, mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).



ŻYCIE TUW

MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

ul. Bema 89, 01-233 Warszawa

tel. + 48 22 535 02 00, faks + 48 22 535 02 01

www.macif.pl

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Krajowego Rejestru Sądowego KRS 0000 1907 48
NIP 107-000-05-43, Kapitał zakładowy: 39 100 000 zł, Kapitał zakładowy wpłacony: 39 100 000 zł