

Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

Styczeń 2016

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ACTI OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS

PREAMBUŁA

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) regulują stosunek ubezpieczenia pomiędzy MACIF Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych, a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym oraz Uposażonymi z tytułu Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS.

SPIS TREŚCI

DEFINICJE	str. 3
Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	str. 3
Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia	
Artykuł 2: Czas trwania odpowiedzialności	
Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	str. 4
Artykuł 3: Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia	
Rozdział III: OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	str. 4
Artykuł 4: Ograniczenie odpowiedzialności	
Artykuł 5: Wyłączenie odpowiedzialności	
Artykuł 6: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	
Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA	str. 5
Artykuł 7: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	
Artykuł 8: Wskazanie Uposażonych	
Artykuł 9: Stosowanie przez Towarzystwo zapisów dotyczących Uposażonego	
Artykuł 10: Zmiana Umowy ubezpieczenia	
Artykuł 11: Odmowa wypłaty Świadczenia	
Artykuł 12: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	
Artykuł 13: Postanowienia ogólne dotyczące Towarzystwa	
Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK	str. 6
Artykuł 14: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia	
Artykuł 15: Ustalenie Składki ubezpieczeniowej	
Artykuł 16: Nieopłacenie Składki – rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	
Artykuł 17: Wykup	
Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	str. 7
Artykuł 18: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
Artykuł 19: Wypłata Świadczenia	
Rozdział VII: ROZSTRZYGANIE SPORÓW	str. 8
Artykuł 20: Skargi i reklamacje	
Artykuł 21: Właściwość sądu	
Rozdział VIII: POSTANOWIENIA RÓŻNE	str. 8
Artykuł 22: Opodatkowanie Świadczenia	
Artykuł 23: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron	
Artykuł 24: Obowiązki Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	

W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, TOWARZYSTWO PREZENTUJE PONIŻEJ:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 ust. 2 art. 14 ust. 3 i 4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 4 art. 5 art. 11 art. 18 ust. 3

DEFINICJE

Przedstawionym w niniejszym rozdziale wyrażeniom nada-
no, w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Umowie ubez-
pieczenia oraz innych dokumentach, poniższe znaczenie:

CHOROBA

Każde odstępstwo od stanu zdrowia Ubezpieczonego,
określanego jako pełnia zdrowia organizmu, niespowodo-
wane Nieszczęśliwym wypadkiem albo próbą samobójczą
Ubezpieczonego.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Zdarzenie nagłe, nieprzewidziane, wywołane przyczyną
zewnętrzną, niezależne od woli poszkodowanego, będące
wyłącznie oraz bezpośrednią przyczyną Zdarzenia ubezpie-
czeniowego, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.

SKŁADKA

Kwota należna Towarzystwu, z tytułu udzielania ochro-
ny ubezpieczeniowej, do zapłaty której zobowiązany jest
Ubezpieczający.

STAN NIETRZEŻWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU, Stan nietrzeżwości za-
chodzi, 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 za-
chodzi, 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.

SZPITAL

Podmiot leczniczy świadczący – przy wykorzystaniu wy-
kwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego
– całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagno-
styki i leczenia. Definicja Szpitala nie obejmuje: ośrodków
opieki, w tym dla przewlekle chorych, hospicjów, ośrodków
dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależ-
nień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowi-
skowych oraz wypoczynkowych. Za Szpital nie uznaje się
również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych
jednostek organizacyjnych Szpitala, zajmujących się reha-
bilacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również lecze-
niem alkoholizmu lub innych uzależnień.

SUMA UBEZPIECZENIA

Ustalana przez Ubezpieczającego i Towarzystwo w Um-
owie ubezpieczenia kwota, będąca podstawą ustalania
wysokości Świadczenia.

ŚWIADCZENIE

Kwota wypłacona jednorazowo przez Towarzystwo w przy-
padku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego
ochroną ubezpieczeniową.

TERMIN PŁATNOŚCI

Data, w której Składka powinna zostać zapłacona, zgod-
nie z Umową ubezpieczenia.

TOWARZYSTWO

MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych.

TRWAŁY NOŚNIK

Trwały nośnik w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r.
o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827 ze zm.).

UBEZPIECZAJĄCY

Osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności
prawnych, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie-
posiadająca osobowości prawnej, będąca stroną Umowy
ubezpieczenia, zobowiązana do opłacania Składki.

UBEZPIECZONY

Wskazana imiennie w Umowie ubezpieczenia osoba fi-
zyczna, 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, Ubez-
pieczony powinien podlegać opodatkowaniu podatkiem
dochodowym od osób fizycznych na terytorium Unii Euro-
pejskiej lub mieć miejsce zamieszkania na terytorium Unii
Europejskiej, Ameryki Północnej lub krajów członkowskich
EFTA (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Towa-
rzystwem na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków
Ubezpieczenia.

UPOSAŻONY

Osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona
do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczone-
go.

WARUNKI SZCZEGÓLNE

Dokument ubezpieczenia w rozumieniu art. 809 kodeksu
cywilnego (inaczej: Polisa), wystawiany przez Towarzystwo
i stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i ob-
jęcia ochroną ubezpieczeniową.

WIEK UBEZPIECZONEGO

Różnica pomiędzy rokiem wejścia w życie lub każdorazo-
wego przedłużenia Umowy ubezpieczenia, a rokiem uro-
dzenia Ubezpieczonego.

ZABURZENIA PSYCHICZNE

Choroba, zakwalifikowana w Międzynarodowej Staty-
stycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-10, jako Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowa-
nia (F00-F99).

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa: śmierć
Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nie-
szczęśliwego wypadku, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozdział I: PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA
BEZPIECZEŃSTWO PLUS jest życie i zdrowie Ubezpieczo-
nego. Niniejsze ubezpieczenie należy do działu I, grupa
1 „Ubezpieczenie na życie” oraz grupy 5 „Ubezpiecze-
nia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem
ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4”, zgodnie
z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r.
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.
U. z 2015 r., poz. 1844).
2. Zakres Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIE-
CZEŃSTWO PLUS obejmuje wypłatę przez Towarzystwo
Świadczenia w przypadku zajścia, w okresie odpowie-
dzialności Towarzystwa, jednego ze Zdarzeń ubezpie-
czeniowych:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego
wypadku,
 - 3) pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczę-
śliwego wypadku.

Artykuł 2: Czas trwania odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, odpowiedzialność Towarzystwa
rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, jednakże
nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wpłynię-
cia Składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy
Towarzystwa.
2. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawar-

ta jest na cudzy rachunek, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rzecz Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno obejmować w szczególności zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.

Rozdział II: WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Artykuł 3: Warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezbędne jest wypełnienie i podpisanie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz innych, przekazanych przez Towarzystwo, formularzy. Dokumenty, niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, wypełnia i podpisuje zarówno Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony, odpowiadając bez wyjątków na wszystkie postawione pytania. Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W szczególności, Ubezpieczony i Ubezpieczający są zobowiązani do udzielenia, zgodnych z prawdą, odpowiedzi na postawione przez Towarzystwo pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz innych okoliczności, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczający wybiera we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jeden z wariantów ubezpieczenia, o których mowa w art. 14 ust.1.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
4. Umowa ubezpieczenia przedłuża się automatycznie na kolejne okresy roczne, chyba że Ubezpieczający, nie później niż na 15 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub odpowiednio przedłużona, zawiadomi Towarzystwo na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zawiadomienia Towarzystwa o braku woli Ubezpieczającego na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na jaki została zawarta (przedłużona).
6. Ostatnie automatyczne przedłużenie Umowy ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS może nastąpić w roku, w którym Wiek Ubezpieczonego będzie wynosić 66 lat.
7. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczony musi wyrazić zgodę na jej zawarcie oraz na wysokość Sumy ubezpieczenia,
 - 2) odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej, niż następnego dnia po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wyrażeniu przez niego zgody na zawarcie na jego rzecz Umowy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zaproponowania jej zawarcia na odmiennych warunkach.
9. W przypadku, gdy Polisa zawiera postanowienia mniej korzystne, niż określone we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczaniu Polisy i wy-

znaczy siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku niewykonania powyższego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z treścią wniosku. W braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku, zgodnie z treścią Polisy, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

10. Na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Towarzystwo przekazuje informacje o oświadczeniach, złożonych przez nich na etapie zawierania Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopie dokumentów sporządzonych na tym etapie.

Rozdział III: OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Artykuł 4: 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 Ubezpieczonego nastąpiła w okresie pierwszych trzech lat trwania Umowy ubezpieczenia i była wynikiem postępującej lub przewlekłej Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a o której wiedział i o której nie poinformował przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nie wypłaca Świadczenia z tytułu ryzyka objętego ubezpieczeniem, jeżeli śmierć lub śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku były wynikiem następstw Chorób, pobytów za granicą lub działalności zawodowej, lub sportowej, które stanowią przedmiot wyłączenia na podstawie Warunków szczególnych.

Artykuł 5: Wyłączenie odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci śmierci Ubezpieczonego będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego.
2. Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub w postaci pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku będące wynikiem:
 - 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
 - 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
 - 4) znajdowania się Ubezpieczonego w Stanie nietrzeźwości, w Stanie po użyciu alkoholu (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego w stanie 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 (to jest 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,

- 5) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub użyciem 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 załaczników do tejże ustawy,
- 6) 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,
- 7) uprawiania wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górskimi rzekami lub wszystkie odmiany sportów wymienionych w tym punkcie,
- 8) uprawiania ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
- 9) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
- 10) Zaburzeń psychicznych,
- 11) następujących chorób: udaru mózgu, zawału serca, wylewu krwi do mózgu,
- 12) wypadku lotniczego mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- 13) wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych, ich następstw i skutków, w jakiegokolwiek jednostce wojskowej, policyjnej, ochronnej, pożarnej, obrony cywilnej.

Artykuł 6: Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - 2) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
 - 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
 - 4) nieopłacenia Składki pomimo uprzedniego wezwania, o którym mowa w art. 16 ust. 1,
 - 5) pobytu Ubezpieczonego poza terytorium Unii Europejskiej, krajów członkowskich EFTA i Ameryki Północnej, przekraczającego 12 kolejnych miesięcy – z początkiem pierwszego dnia przekraczającego 12 kolejnych miesięcy pobytu,
 - 6) w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia w roku, w którym Wiek Ubezpieczonego wynosi 67 lat, z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, przypadającego po 67 urodzinach Ubezpieczonego,
 - 7) upływu terminu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny, o którym mowa w art. 3 ust. 4.
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn.

wpłaconą Składkę pomniejszoną o część Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

Rozdział IV: PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

Artykuł 7: Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia; 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 należąca Ubezpieczającemu Składka zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w sprawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego nie zwalnia od obowiązku zapłacenia Składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia, 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 8: Wskazanie Uposażonych

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania Świadczenia, określając część przypadającą każdemu z nich.
2. Jeżeli Uposażeni nie zostaną wskazani lub utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do Świadczenia ubezpieczeniowego, zgodnie z art. 832 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z dnia 17 grudnia 2013 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 121 ze zm.), 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 pkt 1) i 2): rodzice Ubezpieczonego, w równych częściach,
 - 4) w przypadku braku osób wskazanych w pkt 1) – 3): rodzeństwo Ubezpieczonego lub ich spadkobiercy, w równych częściach, przypadających na każde z rodzeństwa,
 - 5) w przypadku braku osób wymienionych w pkt 1) – 4): 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 9: 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 ubezpieczenia. Wskazanie oraz zmiana Uposażonych wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Zmiana Uposażonych jest skuteczna z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego w tym przedmiocie.

Artykuł 10: Zmiana Umowy ubezpieczenia

1. Przed automatycznym przedłużeniem Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny, Ubezpieczający może złożyć pisemny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia.
2. Zmiana wariantu ubezpieczenia wymaga zgody Towarzystwa i będzie możliwa, jeżeli wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia zostanie złożony Towarzystwu przed dniem automatycznego przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres roczny.
3. Akceptacja przez Towarzystwo zmian wariantu ubezpieczenia następuje poprzez wystanie Ubezpieczającemu Polisy, zawierającej nowe warunki Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 11: Odmowa wypłaty Świadczenia

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli wystąpiło ono w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia i było skutkiem okoliczności, które, z naruszeniem art. 4 ust. 4, świadomie nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa lub świadomie zostały podane niezgodnie z prawdą. W szczególności, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, które nastąpiły w okresie pierwszych trzech lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia, były wynikiem Choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a o której wiedział, i o której nie poinformował przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli do pominięcia okoliczności, o których mowa w ust. 1, bądź podania co do nich nieprawdy, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności pominiętych lub co do których podano nieprawdę.

Artykuł 12: Postanowienia ogólne dotyczące Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki ubezpieczeniowej w wymaganej wysokości i w terminach określonych w Polisie.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani do pisemnego informowania Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego oraz zmianie swoich danych osobowych, przekazanych Towarzystwu w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony, za zgodą Ubezpieczającego, uprawniony jest w każdej chwili do wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Wstąpienie Ubezpieczonego w prawa Ubezpieczającego staje się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisma zawierającego:
 - 1) oświadczenie Ubezpieczonego o wstąpieniu w prawa i obowiązki Ubezpieczającego,

- 2) oświadczenie Ubezpieczającego o wyrażeniu zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w jego prawa i obowiązki.
4. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia zawarta jest na cudzy rachunek:
 - 1) przed wyrażeniem przez osobę zainteresowaną zgodą na udzielenie na jej rachunek ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej niniejszych OWU w formie pisemnej lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym Trwałym nośniku,
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczony wyraził na to zgodę, na innym Trwałym nośniku, o:
 - a) zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczenia, przysługującego z tytułu Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia w tym zakresie,
 - b) wysokości Świadczeń, przysługujących z Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość Świadczeń ulega zmianie w czasie trwania Umowy ubezpieczenia – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
 - c) zmianie Sumy ubezpieczenia, wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli Świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
 5. 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 13: 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 ubezpieczenia.
3. Towarzystwo ma obowiązek, najpóźniej w terminie 30 dni przed każdym automatycznym przedłużeniem Umowy na kolejny okres roczny, przesłać do Ubezpieczającego nową Polisę.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w przypadku śmierci albo śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, albo pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, w terminach i na warunkach przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.
5. Towarzystwo jest zobowiązane do informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o każdej zmianie swojego adresu oraz innych danych kontaktowych.
6. Sprawozdanie finansowe Towarzystwa, zawierające dane o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa, jest zamieszczane na witrynie internetowej Towarzystwa.

Rozdział V: USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SKŁADEK

Artykuł 14: Ustalenie Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczenia

1. Ubezpieczający określa wysokość Sumy ubezpieczenia

dla poszczególnych ryzyk we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, dokonując wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk poprzez wybór jednego z dwóch wariantów w odniesieniu do danego Ubezpieczonego:

1) Wariant 1:

- a) śmierć Ubezpieczonego, wysokość Sumy ubezpieczenia 1500 zł,
- b) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, wysokość Sumy ubezpieczenia 15000 zł,
- c) pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, wysokość Sumy ubezpieczenia za dobę pobytu w Szpitalu 30 zł, z zastrzeżeniem ust. 3.

2) Wariant 2:

- a) śmierć Ubezpieczonego, wysokość Sumy ubezpieczenia 3000 zł,
- b) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, wysokość Sumy ubezpieczenia 30000 zł,
- c) pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, wysokość Sumy ubezpieczenia za dobę pobytu w Szpitalu 60 zł, z zastrzeżeniem ust. 3.

- 2. Wybrany wariant ubezpieczenia oraz wysokość Sumy ubezpieczenia, ustalone pomiędzy stronami, zawarte są w Polisie.
- 3. Towarzystwo wypłaci jedno Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwającego więcej niż 1 doba, jednakże nie więcej niż za 15 dni pobytu w Szpitalu w ciągu każdego roku trwania Umowy ubezpieczenia.
- 4. Śmierć lub pobyt w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zostaną uznane za spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli śmierć lub pobyt w Szpitalu wystąpiły przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku, przy czym Nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 15: Ustalenie Składki ubezpieczeniowej

- 1. Wysokość Składki ubezpieczeniowej Towarzystwo ustala po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwzględnieniem wysokości Sumy ubezpieczenia.
- 2. Składka ubezpieczeniowa określana jest dla każdego rocznego okresu ubezpieczenia, według obowiązującej taryfy w dniu zawierania Umowy ubezpieczenia lub jej automatycznego przedłużania.
- 3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo, z góry za dany okres ubezpieczenia.
- 4. Wysokość Składki ubezpieczeniowej oraz termin jej płatności określone są w Polisie.
- 5. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa.

Artykuł 16: Nieopłacenie Składki – 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 otrzymania tego pisma przez Ubezpieczającego.
- 2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą Składkę pomniejszoną o część Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).

Artykuł 17: Wykup

- 1. Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana na okres kolejnego roku, w związku z tym nie posiada wartości wykupu.
- 2. Metody kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie mają wpływu na wysokość Świadczenia.

Rozdział VI: WYPŁATA ŚWIADCZENIA W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Artykuł 18: Postępowanie w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego

- 1. W przypadku śmierci lub śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, Uposażeni 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,
 - 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, w przypadku gdy było prowadzone postępowanie.
- 2. W przypadku wystąpienia pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony 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, w przypadku gdy było prowadzone postępowanie.
- 3. Przedłożone Towarzystwu wyniki badań oraz inne dokumenty, związane ze zgłoszonym roszczeniem, nie mają charakteru wyłącznicie 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.
- 4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo 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 który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5. W przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 19: Wypłata Świadczenia

1. W terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo rozpatruje sprawę i wypłaca Świadczenie na warunkach określonych poniżej, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 3:
 - 1) w przypadku śmierci albo śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Uposażeni lub inne osoby uprawnione, o których mowa w art. 8 ust. 2, otrzymują Świadczenie określone w Umowie,
 - 2) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony otrzymuje Świadczenie określone w Umowie.
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 20: Skargi i reklamacje

1. Skargi i reklamacje należy kierować do Zarządu Towarzystwa. Skargi/reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa: ul. Bema 89, 01-233 Warszawa lub w dowolnej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
 - 2) za pomocą faksu pod numer: + 48 22 535 02 01,
 - 3) za pomocą poczty elektronicznej na adres: info@macif.com.pl,
 - 4) ustnie do protokołu w siedzibie Towarzystwa bądź w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa obsługującej klientów,
 - 5) telefonicznie pod numer: + 48 22 535 02 00.
2. Skarga/reklamacja powinna zawierać:
 - 1) przedmiot skargi/reklamacji (opis okoliczności sporu),
 - 2) dane pozwalające zidentyfikować osobę wnoszącą skargę/reklamację.
3. Skargi i reklamacje rozpatruje Zarząd Towarzystwa lub osoby przez niego upoważnione. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w przedmiocie skargi/reklamacji w formie pisemnej, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika, a na wniosek klienta – pocztą elektroniczną, bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji, wysyłając ją na adres wskazany w skardze/reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo przesyła klientowi informację zawierającą:
 - 1) wyjaśnienie przyczyny opóźnienia rozpoznania skargi/reklamacji,
 - 2) wskazanie okoliczności, które muszą zostać ustalone

dla rozpatrzenia sprawy,

- 3) określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczającego 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.
4. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony, i/lub Uposażony, i/lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobami fizycznymi, mają prawo do zwrócenia się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy lub przeprowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, a także skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Złożenie skargi/reklamacji niezwłocznie po powzięciu informacji o nieprawidłowościach/zastrzeżeniach, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi/reklamacji.

Artykuł 21: Właściwość sądu

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

Rozdział VIII: POSTANOWIENIA RÓŻNE

Artykuł 22: Opodatkowanie Świadczenia

Wypłacone Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia podlega przepisom podatkowym: ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) lub ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

Artykuł 23: Właściwe przepisy prawa, sposób komunikacji stron

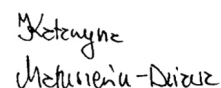
1. W sprawach nieuregulowanych przez niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. z 17 grudnia 2013 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 121 ze zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844).
2. W komunikacji między Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym, a Towarzystwem, obowiązującym językiem jest język polski.
3. Wszelkie oświadczenia woli oraz oświadczenia stron, składane w związku z zawieraniem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, wymagają formy pisemnej, chyba że niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowią inaczej.

Artykuł 24: Obowiązanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 19 Zarządu MACIF Życie TUW z dnia 17 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS, zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Philippe Saffray
Prezes Zarządu



Katarzyna Matuszewicz-Dziawa
Członek Zarządu



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: 41 100 000 zł, Kapitał zakładowy wpłacony: 41 100 000 zł