
WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ
NIEZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA JAKIEJKOLWIEK AKTYWNOŚCI ZAROBKOWEJ
(LW053/L/TPD/PL/2)

SKOROWIDZ

Wykaz postanowień umownych, o których mowa w artykule 17 ustęp 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ustęp
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ustęp § 5 ustęp 2, 3 § 6 ustęp 4 § 7 ustęp 4, 5 § 10 ustęp 2

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. W zaufaniu do oświadczeń i informacji podanych w **Umowie ubezpieczenia** oraz w zamian za zapłatę składki określonej w pozycji 7 **Polisy Ubezpieczyciel** udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Zastosowanie w treści niniejszych warunków czcionki wytłuszczonej wskazuje, że oznaczone w ten sposób pojęcie zostało zdefiniowane w § 8. Wszystkie definicje mają to samo znaczenie bez względu na to, czy zdefiniowane pojęcie użyte zostało w liczbie pojedynczej czy mnogiej.
3. Leadenhall Insurance S.A. jest przedstawicielem **Ubezpieczyciela** w sprawach związanych z zawarciem i wykonaniem **Umowy ubezpieczenia**. Wszelkie oświadczenia kierowane do **Ubezpieczyciela** w związku z **Umową ubezpieczenia** należy przysłać listem poleconym lub dostarczyć za potwierdzeniem odbioru na adres: Leadenhall Insurance S.A., ul. Domaniewska 42, 02-672 Warszawa.
4. **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** powinni zapoznać się z treścią niniejszych warunków oraz pozostałych dokumentów składających się na **Umowę ubezpieczenia**, gdyż precyzują one zasady, na jakich **Ubezpieczyciel** udziela ochrony ubezpieczeniowej. W razie wątpliwości **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** powinni w pierwszej kolejności zwrócić się do swojego pośrednika ubezpieczeniowego, który zaaranżował **Umowę ubezpieczenia**. W przypadku dodatkowych pytań kontakt z Leadenhall Insurance S.A. możliwy jest pod numerem telefonu +48 22 602 23 30 lub pocztą elektroniczną na adres kontakt@leadenhall.com

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie niniejszych warunków obejmuje powstałą na skutek choroby lub uszkodzenia ciała niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej, trwającą nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, a na zakończenie tego okresu mającą zgodnie z aktualną wiedzą medyczną charakter trwały i nieodwracalny.
2. Dla zaistnienia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** choroba lub uszkodzenie ciała skutkujące niezdolnością do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej, początek tej niezdolności oraz dwunastomiesięczny okres jej nieprzerwanego trwania o których mowa w ustępie 1, muszą zachodzić w **Okresie ubezpieczenia**.
3. Ochrona ubezpieczeniowa zostaje na podstawie niniejszych warunków udzielana pod warunkiem, że wszystkie przesłanki powstania odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** wymienione w ustępie 2 miały miejsce w czasie, gdy **Umowa ubezpieczenia** pozostawała w mocy w odniesieniu do zakresu ochrony o którym mowa w warunkach LW035/L/PL/5 (Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie).

§ 3

SUMA UBEZPIECZENIA

Wysokość świadczenia z tytułu niezdolności **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej określa suma ubezpieczenia potwierdzona w literze C pozycji 5 **Polisy**.

§ 4

WYŁĄCZENIA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej jest następstwem którejkolwiek z poniższych okoliczności:
 - (a) działań wojennych lub zbrojnych,
 - (b) dobrowolnego i aktywnego uczestnictwa **Ubezpieczonego** w aktach przemocy, w tym aktach terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach, chyba że wynikało to z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - (c) skażenia radiologicznego, chemicznego lub bakteriologicznego,
 - (d) usiłowania lub popełnienia przez **Ubezpieczonego** przestępstwa,
 - (e) pozostawanie przez **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu w stężeniu wyższym niż 0,5 promila lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu, chyba że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - (f) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdów bez wymaganych uprawnień lub pojazdów niedopuszczonych do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym.
 - (g) udziału **Ubezpieczonego** w następujących sportach lub aktywnościach fizycznych: skoki na bungee, sporty motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, spływy góorskimi rzekami, żeglarstwo morskie i oceaniczne, narciarstwo, saneczkarstwo, snowboarding poza wyznaczonymi trasami lub z elementami akrobacji, kolarstwo ekstremalne w tym down-hill, poarkour lub 'free running'; wyprawy na tereny o ekstremalnych warunkach klimatycznych lub przyrodniczych, takie jak dżungla, lodowce, bieguny, góry powyżej 4 tysięcy metrów
 - (h) pracy grożącej upadkiem z wysokości 15 metrów lub pracy z materiałami wybuchowymi,
 - (i) usiłowanie popełnienia samobójstwa lub samookaleczenie **Ubezpieczonego**,
 - (j) wypadku, który miał miejsce w czasie przebywania przez **Ubezpieczonego** na pokładzie samolotu innego niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli początek niezdolności **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej oraz cały dwunastomiesięczny okres jej nieprzerwanego trwania nie mają miejsca w **Okresie ubezpieczenia** lub jeżeli na koniec tego dwunastomiesięcznego okresu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną niezdolność ta nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli jedyną przyczyną niezdolności **Ubezpieczonego** do pracy jest neuroza, psychoneuroza, psychopatia lub psychoza, stany lękowe, stres, przemęczenie, choroby umysłowe lub rozstrój emocjonalny jakiegokolwiek typu.
4. **Ubezpieczyciel** nie będzie zobowiązany do wypłaty jakiegokolwiek świadczenia z tytułu **Umowy ubezpieczenia**, jeżeli jego wypłata oznaczałaby naruszenie przez **Ubezpieczyciela** sankcji, zakazu lub ograniczenia wynikającego z uchwał Organizacji Narodów Zjednoczonych, ustaw lub rozporządzeń obowiązujących w Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

§ 5

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Przed wypłatą świadczeń z tytułu **Umowy ubezpieczenia** **Ubezpieczyciel** dokona oceny zasadności roszczeń.

2. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które pytał we **Wniosku** lub innych pismach przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia**, które to okoliczności zostały zatajone lub podane nieprawdziwie. Jeżeli do zatajenia okoliczności lub podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej jest skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności. Postanowienie to nie ma zastosowania, jeżeli początek okresu niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej **Ubezpieczonego** nastąpi po upływie 36 miesięcy od zawarcia **Umowy ubezpieczenia**.
3. O ile postanowienia szczególne w **Polisie** nie stanowią inaczej, ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie niniejszej **Umowy ubezpieczenia** w żadnym czasie nie może być ograniczona w związku ze zmianą zadeklarowanych okoliczności dotyczących wykonywanego zawodu, podróży zagranicznych lub miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego**. Niniejsze postanowienie nie znajduje zastosowania, jeżeli informacje o tych okolicznościach zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, a niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej nastąpiła przed upływem 36 miesięcy od zawarcia **Umowy ubezpieczenia**.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, świadczenia z tytułu niezdolności **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej należne na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, wypłacane są **Ubezpieczonemu**.

§ 6

ZGŁASZANIE I OBSŁUGA ROSZCZEŃ

1. Powiadomienia o niezdolności **Ubezpieczonego** do wykonywania jakiejkolwiek aktywności zarobkowej należy dokonać tak wcześnie jak jest to tylko możliwe.
2. Formalne zgłoszenie roszczenia oraz wszelką korespondencję związaną z ustaleniem zasadności oraz wysokości świadczenia należy kierować do **Ubezpieczyciela** za pośrednictwem:

Leadenhall Insurance S.A.
ul. Domaniewska 42
02-672 Warszawa
Telefon: +48 22 602 23 30 w godzinach od 8:00 do 16:00 w dni robocze
E-mail: szkody@leadenhall.com

3. Nie później niż w ciągu 7 dni od chwili otrzymania zawiadomienia o roszczeniu **Ubezpieczyciel** poinformuje **Ubezpieczającego** lub **Osoby uprawnione** o sposobie likwidacji szkody oraz dokumentach wymaganych przez **Ubezpieczyciela** w celu ustalenia zasadności roszczenia oraz wysokości ewentualnego świadczenia.
4. Dodatkowym warunkiem wypłaty świadczenia jest udostępnienie na żądanie **Ubezpieczyciela** przez **Ubezpieczającego** lub **Osoby uprawnione**, na ich własny koszt, dokumentacji medycznej, aktu zgonu, notatek lub korespondencji związanej z przedmiotem roszczenia. Wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w języku polskim lub angielskim.

§ 7

ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ PŁATNOŚĆ SKŁADKI

1. Przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia** **Ubezpieczyciel** może zażądać od **Ubezpieczonego** poddania się badaniom diagnostycznym pozwalającym na ocenę stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz zweryfikowania oświadczeń złożonych we **Wniosku**. Badania organizowane są przez **Ubezpieczyciela** na jego koszt.

2. **Ubezpieczony** z chwilą podpisania **Wniosku** upoważnia lekarzy oraz wszelkie podmioty lecznicze do udzielenia pełnej informacji o jego stanie zdrowia **Ubezpieczycielowi** i osobom działającym na jego zlecenie lub na jego pisemne polecenie. Upoważnienie to obejmuje udzielanie informacji medycznych i przekazywanie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia fizycznego i psychicznego **Ubezpieczonego** przez każdego lekarza i każdy podmiot leczniczy w którym zasięgał lub będzie zasięgał porad, a także w którym był lub będzie leczony. Upoważnienie to dotyczy także udzielenia informacji i dostarczania dokumentacji medycznych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Upoważnienie to jest ograniczone do informacji związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez **Ubezpieczonego** danych o stanie jego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej **Umowy ubezpieczenia** i ustaleniem wysokości świadczenia oraz przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** z wyłączeniem informacji o wynikach badań genetycznych.
3. **Umowa ubezpieczenia** zostaje zawarta z chwilą doręczenia **Ubezpieczycielowi Wniosku** podpisanego przez **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego**. Podpis elektroniczny **Wniosku** jest równoważny podpisowi własnoręcznemu.
4. Z zastrzeżeniem ustępu 5, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od godziny 00:01 dnia oznaczonego w **Polisie** jako początek **Okresu ubezpieczenia**.
5. W sytuacji, gdy termin płatności składki lub jej pierwszej raty został wyznaczony przed rozpoczęciem **Okresu ubezpieczenia**, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona, to ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a **Umowa ubezpieczenia** ulega automatycznemu rozwiązaniu z upływem 14 dni od wyznaczonego terminu płatności. Jeżeli **Ubezpieczający** opłacił składkę lub jej pierwszą ratę przed upływem czternastodniowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, to ochrona rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki.
6. Jeżeli **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia**, **Ubezpieczyciel** ma prawo do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym. W przypadku braku takiego wypowiedzenia ochrona wygasa z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
7. Nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia** uprawnia **Ubezpieczyciela** do wezwania **Ubezpieczającego** do zapłaty składki oraz wyznaczenia dodatkowego terminu na dokonanie płatności. Nieopłacenie kolejnej raty składki w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu skutkuje ustaniem odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**.
8. Wysokość składki oraz tryb płatności zostały określone w pozycji 7 **Polisy**.
9. Za zapłatę składki lub jej raty uznaje się zapłatę pełnej kwoty ustalonej w **Umowie ubezpieczenia**.
10. Za dzień płatności uznaje się datę skutecznej dyspozycji przelewu bankowego, datę stempla pocztowego na przekazie pocztowym lub dowodzie wpłaty, albo datę autoryzacji płatności on-line.
11. **Ubezpieczający** ma prawo do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** w każdej chwili ze skutkiem natychmiastowym oraz zwrotu składki za niewykorzystaną część **Okresu ubezpieczenia**.
12. W każdym przypadku rozwiązania **Umowy ubezpieczenia** przed terminem **Ubezpieczyciel** ma prawo dochodzić zapłaty składki za okres faktycznie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8

DEFINICJE

1. **Okres ubezpieczenia** oznacza okres wskazany w pozycji 4 **Polisy**.
2. **Polisa** oznacza dokument o takim tytule, potwierdzający zawarcie **Umowy ubezpieczenia**, do którego załącznik stanowią niniejsze warunki.

3. **Ubezpieczający** oznacza określoną w pozycji 2 **Polisy** osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną, zawierającą z **Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia** na podstawie niniejszych warunków.
4. **Ubezpieczony** oznacza określoną w pozycji 3 **Polisy** osobę fizyczną objętą ochroną ubezpieczeniową.
5. **Ubezpieczyciel** określony jest w pozycji 1 **Polisy**.
6. **Umowa ubezpieczenia** oznacza odpowiednio:
 - (a) niniejsze warunki ubezpieczenia, **Polisę**, warunki ubezpieczenia LW035/L/PL/5 (Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie) oraz warunki ubezpieczenia LW052/L/AD/PL/2, o ile zostały w **Polisie** przywołane, **Wniosek**, jakiegokolwiek inne przywołane w **Polisie** dokumenty ubezpieczenia oraz wszystkie załączniki i aneksy do tych dokumentów,
 - (b) stosunek prawny szczegółowo uregulowany w dokumentach wymienionych w literze (a).
7. **Wniosek** oznacza podpisany przez **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczonego** kompletnie wypełniony wniosek o zawarcie **Umowy ubezpieczenia** wygenerowany z systemu transakcyjnego udostępnianego przez **Ubezpieczyciela**.

§ 9

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje (wystąpienia, skargi, zażalenia) klienta zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez **Ubezpieczyciela** lub Leadenhall Insurance S.A. można składać:
 - (a) na piśmie w postaci papierowej – osobiście albo wysyłając do zarządu Leadenhall Insurance S.A. na adres: ul. Domaniewska 42, 02-672 Warszawa,
 - (b) ustnie telefonicznie albo osobiście do protokołu w siedzibie Leadenhall Insurance S.A.,
 - (c) na piśmie w postaci elektronicznej na adres kontakt@leadenhall.com, na adres do doręczeń elektronicznych lub z wykorzystaniem innych środków komunikacji elektronicznej udostępnionych przez Leadenhall Insurance S.A.

Przez klienta należy rozumieć jakąkolwiek osobę fizyczną lub inną osobę posiadającą zdolność prawną korzystającą z usług **Ubezpieczyciela** lub Leadenhall Insurance S.A., a także jakąkolwiek inną osobę występującą z roszczeniem związanym z **Umową ubezpieczenia**.

2. Odpowiedź **Ubezpieczyciela** lub Leadenhall Insurance S.A. na reklamację udzielana jest na piśmie w postaci odpowiadającej formie jej złożenia (w postaci papierowej lub elektronicznej), chyba że klient wniósł o inną formę. W przypadku reklamacji wniesionej ustnie, odpowiedź udzielana jest w formie papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wyborem klienta. W przypadku odpowiedzi w postaci elektronicznej, doręczana jest ona na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych albo na inny wskazany przez klienta adres do doręczeń elektronicznych.

Leadenhall Insurance S.A. działając we własnym imieniu lub w imieniu **Ubezpieczyciela** potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
3. Leadenhall Insurance S.A. działając we własnym imieniu lub w imieniu **Ubezpieczyciela** udzieli odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Leadenhall Insurance S.A. wyśle w tym terminie informację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, a także o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. W każdym przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
4. Jeżeli odpowiedź na reklamację nie będzie satysfakcjonująca albo nie zostanie udzielona we wskazanym powyżej terminie możliwe jest jej skierowanie do Rzecznika Finansowego na adres:

Biuro Rzecznika Finansowego

Ul. Nowogrodzka 47a, 00-695 Warszawa,
Tel. +48 22 333 73 26
E-mail: biuro@rf.gov.pl

5. Wskazany tryb rozpatrywania reklamacji nie ogranicza ani nie wpływa na uprawnienia **Ubezpieczającego, Ubezpiezonego** lub innych osób mających tytuł prawny wynikające z przepisów prawa.

§ 10

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Żadna osoba nie będąca stroną **Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonym** lub osobą uprawnioną z **Umowy ubezpieczenia**, nie może powoływać się na jej postanowienia, chyba że wynika to z bezwzględnie obowiązujących przepisów właściwego prawa.
2. Jeżeli jakiegokolwiek roszczenie stanowić będzie próbę wytudzenia świadczenia lub jakiegokolwiek bezprawne kroki zostaną podjęte przez **Ubezpieczającego, Ubezpiezonego**, lub jakąkolwiek inną osobę działającą w ich imieniu w celu osiągnięcia korzyści z tytułu **Umowy ubezpieczenia**, ewentualnie uzyskane z tego tytułu kwoty będą podlegać zwrotowi.
3. Na dzień zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia świadczenia otrzymywane przez osoby fizyczne z tytułu umowy ubezpieczenia na życie nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, natomiast świadczenia otrzymywane przez osoby prawne z tytułu umowy ubezpieczenia na życie podlegają opodatkowaniu, na zasadach określonych w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych. W każdym przypadku obowiązek poprawnego rozpoznania i rozliczenia zobowiązań podatkowych związanych ze świadczeniem, ciąży na **Osobach uprawnionych**.
4. **Umowa ubezpieczenia** zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia ma wyłącznie charakter ochronny, a nie inwestycyjny. W przypadku jej rozwiązania żadna ze stron **Umowy ubezpieczenia** ani żadna osoba uprawniona nie nabywa prawa do świadczenia z tytułu wykupu.
5. Cesja lub przelew wierzytelności z tytułu **Umowy ubezpieczenia** nie będą wiążące dla **Ubezpieczyciela** bez jego uprzedniej pisemnej zgody.
6. Jeżeli nie dojdzie do rozstrzygnięcia sporu na drodze polubownej, 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, Ubezpiezonego, Osoby uprawnionej** lub ich spadkobiercy.
7. W sprawach nieuregulowanych w **Umowie ubezpieczenia** mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i inne właściwe przepisy polskiego prawa. Prawa stron **Umowy ubezpieczenia** określone w przepisach kodeksu cywilnego, w tym wynikające z przepisów o wadach oświadczenia woli, nie są ograniczone.
8. **Umowa ubezpieczenia** zawarta jest ze Squarelife Insurance AG, którego pełne dane kontaktowe oraz raport o wypłacalności i kondycji finansowej znajdują się na stronie www.squarelife.eu.