



# OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „ASPIRA”

KOD: AT 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, z osobami fizycznym, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwane dalej „umowami ubezpieczenia”.

2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

### § 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **beneficjent dodatkowy** – wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych, beneficjenci główni nie żyją lub nie zostali wyznaczeni przez Ubezpieczonego,
- 2) **beneficjent główny** – wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień okresu, za który opłacana jest należna składka ubezpieczeniowa,
- 4) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,
- 5) **Ogólne Warunki Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej** – dokument określający zasady udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, dołączany do wniosku o ubezpieczenie na życie,
- 6) **rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazana w umowie ubezpieczenia,
- 7) **składka ubezpieczeniowa** – kwota opłacana przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, w zamian za którą Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia,
- 8) **suma ubezpieczenia** – świadczenie ubezpieczeniowe, wskazane w umowie ubezpieczenia, wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- 9) **Ubezpieczający** – podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem,
- 10) **Ubezpieczony** – osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na własny rachunek Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,
- 11) **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA,

12) **umowy dodatkowe** – umowy ubezpieczeń dodatkowych, które mogą być dołączane do umowy ubezpieczenia.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, zakres ubezpieczenia może być rozszerzony na podstawie umów dodatkowych.

## III. UMOWA UBEZPIECZENIA

### § 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o ubezpieczenie na życie składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli, zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.
3. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.

### § 5

W okresie rozpatrywania przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie na życie Ubezpieczony zostaje objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej.

### § 6

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo uzyskania od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dowodów medycznych (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 7

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych we wniosku o ubezpieczenie na życie lub w innej dokumentacji wskazanej w § 6 ust. 1 i 2.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego lub innych zdarzeń losowych z tytułu umów dodatkowych (o ile o zawarcie takich umów wystąpił Ubezpieczający) w związku

m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

#### § 8

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem następnym przypadającym po dniu, w którym spełnione zostały łącznie dwa warunki:

1) Ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o ubezpieczenie na życie, o którym mowa w § 4 ust. 1,  
2) Ubezpieczający zrealizował wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

2. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 1, jest wskazana w polisie ubezpieczeniowej.

#### § 9

Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej.

#### § 10

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia zawierana jest zgodnie z warunkami oferty.

2. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku – zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej – następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

3. W sytuacji określonej w ust. 1 ochrona ubezpieczeniowa – do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia – jest udzielana na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

#### § 11

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, będzie miał ukończone 18 lat życia, a nie będzie miał ukończonego 61. roku życia.

#### § 12

Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalany jest w umowie ubezpieczenia, ale nie może być krótszy niż 5 lat i nie może kończyć się później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 70 lat.

### IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 13

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w ust. 4 pkt 3)–4) niniejszego paragrafu.

4. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:

1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,  
2) w sytuacji określonej w § 18 ust. 2,  
3) z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, określonym w umowie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 12,  
4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

5. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia oznacza w każdym przypadku zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.

### V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

#### § 14

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku o ubezpieczenie na życie albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności mu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba Ubezpieczonego). Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

#### § 15

Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokościach i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

### VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

#### § 16

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3, zobowiązany jest do wypłaty sumy ubezpieczenia osobom uprawnionym, określonym w § 21 ust. 1.

2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje z datą rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 3.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała w następstwie:

- 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 2) działań wojennych, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmierci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

## VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 17

1. Wskazana w umowie ubezpieczenia wysokość składki ubezpieczeniowej przy określonej sumie ubezpieczenia zależy od częstotliwości jej opłacania, wysokości sumy ubezpieczenia, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela skutkujących wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych, liczby i rodzaju zawartych umów dodatkowych oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 7.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej, w porównaniu ze składką ubezpieczeniową wnioskowaną przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana rocznie, półrocznie, kwartalnie lub miesięcznie, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego wskazaną we wniosku o ubezpieczenie na życie.
4. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie.
5. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane z góry, do daty, z którą stają się one wymagalne.
6. Składkę ubezpieczeniową uważa się za opłaconą z datą wpłynięcia jej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela oraz gdy została przez niego zweryfikowana.
7. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający może zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej.

### § 18

1. W przypadku nieopłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego ze wskazaniem dodatkowego terminu zapłaty i skutku nieopłacenia tej należności w postaci uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności.
2. W okresie jednego miesiąca, licząc od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej. Począwszy od pierwszego dnia drugiego miesiąca zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych, ustaje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych (o ile zostały zawarte). W sytuacji gdy zaległość w opłacie nie zostanie uregulowana do dnia wskazanego w piśmie określonym w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel przyznaje Ubezpieczającemu dodatkowe, jednorazowe świadczenie zwolnienia z opłaty zaległej składki ubezpieczeniowej za okres jednego miesiąca, licząc od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.

3. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem ciągłości, jeżeli wszystkie zaległe składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą rozwiązania umowy ubezpieczenia, w trybie określonym w ust. 1 niniejszego paragrafu.

### § 19

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## VIII. ZMIANY SUMY UBEZPIECZENIA

### § 20

1. Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu podwyższenia – w rocznicę polisy – sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej, bez poddawania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim (indeksacja).
2. W przypadku podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel przekaze Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu pisemną propozycję nowej wysokości sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Przyrost składki ubezpieczeniowej wynikający z indeksacji zależy od przyrostu sumy ubezpieczenia o tzw. wskaźnik indeksacji, częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, płci i wieku Ubezpieczonego na dzień rocznicy polisy, liczby lat, które pozostały do końca okresu ubezpieczenia (licząc od dnia rocznicy polisy), oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego określanego zgodnie z postanowieniami § 7.
4. Wskaźnik indeksacji jest ustalany na podstawie aktualnego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej rocznicy polisy przypadającej przed rocznicą polisy, w której Ubezpieczyciel zaproponował Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu indeksację. Wskaźnik indeksacji nie może wynosić mniej niż 3%.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, w terminie wskazanym poniżej w ust. 6, na propozycję, o której mowa w ust. 2, traktowany jest jako zgoda na podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej.
6. W przypadku gdy Ubezpieczający i Ubezpieczany nie wyrażą zgody na indeksację, są oni zobowiązani poinformować Ubezpieczyciela – najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy – na piśmie o swojej decyzji.
7. Indeksacja nie jest możliwa, jeżeli:
  - 1) Ubezpieczający jest zwolniony z opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS,
  - 2) Ubezpieczający i Ubezpieczony nie wyrazili zgody na indeksację w dwóch kolejno następujących po sobie rocznicach polisy, w których Ubezpieczyciel zaproponował indeksację, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. Jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony utracili prawo do indeksacji w sytuacji wskazanej w ust. 7 pkt 2), na pisemny wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na przywrócenie tego prawa z zastrzeżeniem możliwości dokonania ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na zasadach określonych w § 7.

## IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### § 21

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje beneficjentowi lub innej uprawnionej osobie określonej w ust. 2-9, chyba że umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.

3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia im należne przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.

6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi – w całości,
  - 2) dzieciom – w równych częściach,
  - 3) rodzicom – w równych częściach,
  - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego – w równych częściach.
8. W każdym czasie przysługuje Ubezpieczonemu prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie.
9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wypłynięcia do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

### § 22

W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba, której przysługuje świadczenie, jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia,
- 2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.)*,
- 3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego – do wglądu,
- 4) zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
- 5) własny dokument tożsamości – do wglądu,
- 6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

### § 23

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia, z tytułu którego może zostać wypłacone należne świadczenie. Ubezpieczony informuje Ubezpieczyciela o okolicznościach i skutkach istotnych dla ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Spełnienie obowiązku, o którym mowa w zdaniach poprzednich, winno nastąpić w terminie 3 miesięcy od daty zaistnienia zdarzenia.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1 Ubezpieczyciel

może odpowiednio zmniejszyć świadczenie (w tym także odmówić wypłaty świadczenia), jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia zakresu roszczenia lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

3. Postanowienia niniejszego paragrafu stosowane są także w odniesieniu do umów dodatkowych (o ile zostały zawarte).

### § 24

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, określone w § 16 ust. 1, na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.

2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

### § 25

Świadczenie należne z tytułu umowy ubezpieczenia wypłacane jest w formie jednorazowej.

## X. PRAWO ZAMIANY

### § 26

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje Ubezpieczającemu, za zgodą Ubezpieczonego, prawo zamiany, polegające na możliwości zawarcia w miejsce umowy ubezpieczenia – umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie znajdującego się w danym okresie w ofercie Ubezpieczyciela, bez konieczności poddawania się dodatkowym badaniom lekarskim, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2-8.

2. Prawo, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje wcześniej niż od drugiej rocznicy polisy.

3. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (z uwzględnieniem sumy ubezpieczenia z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci – jeżeli takie ma być zawarte) nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, może skorzystać z prawa zamiany, o którym mowa w ust. 1, jeżeli do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, określonego w umowie ubezpieczenia, pozostało co najmniej 5 lat.

5. Umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie może zostać zawarta jedynie na okres, który pozostał, na dzień rocznicy polisy określonej w ust. 1, do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa zamiany umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana z ostatnim dniem przypadającym przed dniem rocznicy polisy.

7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zaproponowania warunków, na jakich zawarta zostanie umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie, o której mowa w ust. 1, w tym określi nową wysokość składki ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta z dniem następnym po dniu wskazanym w ust. 6.

8. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo zamiany, jeżeli jest on zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składek

Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS.

## XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 27

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.
4. Z wyjątkiem indeksacji, o której mowa w § 20, wnioski Ubezpieczającego inicjujące przeprowadzenie jednej z operacji określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, jako możliwe do wykonania wyłącznie w rocznicę polisy, powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela najpóźniej na 30 dni przed datą rocznicy polisy.

### § 28

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

### § 29

Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki ubezpieczeniowej (z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych) wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi jest wypłacana łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym.

### § 30

Dokonanie przez Ubezpieczającego cesji praw wynikających z umowy ubezpieczenia wymaga niezwłocznego zgłoszenia tego faktu Ubezpieczycielowi na piśmie i staje się skuteczne po potwierdzeniu przez Ubezpieczyciela.

### § 31

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat polisy ubezpieczeniowej na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Z datą wydania duplikatu oryginał polisy ubezpieczeniowej staje się nieważny, co potwierdzone jest na duplikacie.

### § 32

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel podaje w polisie ubezpieczeniowej lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

### § 33

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

### § 34

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

### § 35

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika po przesłaniu tych skarg i zażeń w formie pisemnej na adres siedziby Ubezpieczyciela. Skargi i zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

### § 36

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU TYP ANW

KOD: ANW 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ANW, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej „umową główną”.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS.
4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 3

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.
3. Ubezpieczający w okresie trwania umowy głównej może zawrzeć umowę dodatkową jeden raz.

### § 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

### § 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.
3. W sytuacji gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania tego wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:
  - 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
  - 2) uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, o której mowa w § 10.

### § 7

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 61. roku życia.

## § 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

## IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2)–3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

## V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa § 12 ust. 1, zależy od: częstotliwości jej opłacania oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w tej umowie, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

### § 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### § 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.

2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest beneficjent główny, beneficjent dodatkowy lub inna osoba, określona w umowie głównej.

## VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania przedmiotowej umowy, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmierci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 9) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
- 10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,
- 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV bądź pochodnymi,

- 12) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,
- 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych bądź schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych lub choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,
- 14) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
- 15) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana:

- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca lub udarem mózgu,
- 2) infekcją, za którą w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia uważa się stan rozstroju zdrowia wywołany przez czynnik chorobotwórczy pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego.

#### VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

##### § 14

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),
- 2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.),*
- 3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego – do wglądu,

- 4) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
- 5) własny dokument tożsamości – do wglądu,
- 6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel ma prawo zasięgać informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali opiekę lekarską, na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego składanego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

#### IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 15

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

##### § 16

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM TYP AKM

KOD: AKM 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Wypadku w Ruchu Lądowym, Wodnym lub Powietrznym Typ AKM, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ANW, zwanej dalej „umową dodatkową Typ ANW”, oraz umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej „umową główną”.

3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS.

4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym. Wypadkiem tym, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, jest nieszczęśliwy wypadek, w którym:

- 1) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze (pojęcia „pojazd” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj poruszający się po drodze),
- 2) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego, który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu).

3. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 3

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli, zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.

3. Ubezpieczający w okresie trwania umowy głównej może zawrzeć umowę dodatkową jeden raz.

### § 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

### § 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej oraz umowy dodatkowej Typ ANW.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej oraz w umowie dodatkowej Typ ANW.

3. W sytuacji gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania tego wniosku przez Ubezpieczyciela pod warunkiem:

- 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
- 2) uiszczenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10.

#### § 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat życia, a nie będzie miał ukończonego 61. roku życia.

#### § 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

### IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej lub umowy dodatkowej Typ ANW umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w ust. 5 pkt 2)–3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,

2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,

3) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

### V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 12 ust. 1 zależy od częstotliwości jej opłacania oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, na zasadach określonych w umowie głównej, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

#### § 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

#### § 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.

2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest beneficjent główny, beneficjent dodatkowy lub inna osoba określona w umowie głównej.

### VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

#### § 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zdarzył się w czasie trwania przedmiotowej umowy, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, żeglarsstwo morskie, nurkowanie, kaskadersstwo, sporty lotnicze,

2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,

3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,

4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmieci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,

7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

8) katastrof, w których wyniku nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

9) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków przez Ubezpieczonego,

11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV bądź pochodnymi,

12) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,

13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,

14) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,

15) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana:

1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca lub udarem mózgu,

2) infekcją, za którą w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia uważa się stan rozstroju zdrowia wywołany przez czynnik chorobotwórczy pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego.

## VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### § 14

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.)*,

3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego – do wglądu,

4) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,

5) własny dokument tożsamości – do wglądu,

6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel ma prawo zasięgać informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali opiekę lekarską, na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego składanego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

## IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 15

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których jest zawierana umowa główna.

### § 16

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA LUB CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU TYP ANP

KOD: ANP 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ANP, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej „umową główną”.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS.
4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej są następstwa nieszczęśliwego wypadku, określonego w ust. 5.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego lub całkowitą trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:
  - 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad poszczególnymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
  - 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
  - 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.
4. Za całkowitą trwałą niezdolność do pracy, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się

niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwającą co najmniej przez okres 12 miesięcy. Całkowita trwałą niezdolność do pracy jest określana przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej lub wykonanych badań lekarskich potwierdzających całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiejkolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.

5. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku nastąpiło trwałe inwalidztwo lub całkowita trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 3

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.
3. Ubezpieczający, w okresie trwania umowy głównej może zawrzeć umowę dodatkową jeden raz.

### § 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, § 2 ust. 4 oraz § 15 ust. 3, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

#### § 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.

3. W sytuacji gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:

- 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
- 2) uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, o której mowa w § 10.

#### § 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 61. roku życia.

#### § 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

### IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej.

Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2)–3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji dotyczącej uznania:
  - a) Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy, zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 4,
  - b) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 100% sumy ubezpieczenia,
  - c) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem więcej niż jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 200% sumy ubezpieczenia,
- 3) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

### V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 12, zależy od częstotliwości jej opłacania oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką ubezpieczeniową wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, na zasadach określonych w umowie głównej, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

#### § 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA LUB CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

### § 12

Z przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, z zastrzeżeniem postanowień § 14.

### § 13

W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 14, ustalony poniżej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej:

#### PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent sumy ubezpieczenia
a) kończyną górną – w stawie barkowym	70%
b) kończyną górną – powyżej stawu łokciowego	65%
c) kończyną górną – poniżej stawu łokciowego	60%
d) kończyną górną – poniżej nadgarstka	55%
e) kończyną dolną – powyżej środkowej części uda	70%
f) kończyną dolną – poniżej środkowej części uda	60%
g) kończyną dolną – poniżej stawu kolanowego	50%
h) kończyną dolną – poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i) kończyną dolną – stopą	40%
j) kończyną dolną – stopą, z wyłączeniem pięty	30%

Całkowita fizyczna utrata	Procent sumy ubezpieczenia
a) kciuka	15%
b) palca wskazującego	10%
c) innego palca u ręki	5%
d) palucha	5%
e) innego palca u stopy	2%

Całkowita utrata	Procent sumy ubezpieczenia
a) wzroku w obu oczach	100%
b) wzroku w jednym oku	50%
c) słuchu w obu uszach	60%
d) słuchu w jednym uchu	30%
e) węchu	10%

## VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 14

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania umowy dodatkowej, a trwałe inwalidztwo wystąpiło lub całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku gdy w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczeń z tytułu trwałego inwalidztwa i całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaca tylko świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy.

3. W przypadku gdy Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa, a Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy

ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, o ile wśród przyczyn powstania tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu których zostało wcześniej wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa. W pozostałych przypadkach Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia.

5. W przypadku gdy trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w § 2 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia równe sumie kwot określonych w § 13, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu.

6. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w § 13 nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, z tym że świadczenie z tytułu następstw jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczyciel wypłaci zawsze świadczenie w wysokości określonego w § 13 procentu sumy ubezpieczenia, pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia, jeżeli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy:

1) kończyny górnej lub kończyny dolnej Ubezpieczonego, określonej § 2 ust. 3 pkt 1), w odniesieniu do której zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 3 pkt 1) i 2),

2) narządu słuchu lub wzroku Ubezpieczonego, w odniesieniu do którego wypłacone zostało wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 3 pkt 3).

8. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli trwałe inwalidztwo lub całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych albo w przygotowaniach do nich,

3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,

4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek całkowitej trwałej niezdolności lub trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,

7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

8) katastrof, w których wyniku nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

9) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub

w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,

10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV bądź pochodnymi,

12) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,

13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,

14) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,

15) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

9. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli trwałe inwalidztwo lub całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego zostały spowodowane:

1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca lub udarem mózgu,

2) infekcją, za którą w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia uważa się stan rozstroju zdrowia wywołany przez czynnik chorobotwórczy pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego.

#### VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

##### § 15

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.),*

3) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,

4) własny dokument tożsamości – do wglądu,

5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel ma prawo zasięgać informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali opiekę lekarską, na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego składanego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

3. Ubezpieczony na żądanie Ubezpieczyciela zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań.

4. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 3, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

#### IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 16

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których jest zawierana umowa główna.

##### § 17

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU TYP AZK

KOD: AZK 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Złamania Kości wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej umowami dodatkowymi.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej umową główną oraz jednoczesnego zawarcia umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwanej dalej wiodącą umową dodatkową.

### § 2

1. Użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia terminy oznaczają:

1) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

2) **złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, potwierdzone w dokumentacji medycznej,

3) **wyczynowe uprawianie sportu**: aktywność osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela polegająca na:

a) uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianiu dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,

b) uczestniczeniu w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

2. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest wiodąca umowa dodatkowa.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje złamanie kości Ubezpieczonego, określone w § 13, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 4

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.

3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy głównej. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeden raz w okresie trwania umowy głównej.

### § 5

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy głównej. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeden raz w okresie trwania umowy głównej.

### § 6

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy dodatkowej, dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia złamań kości u Ubezpieczonego w związku m. in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

### § 7

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż daty zawarcia umowy głównej i wiodącej umowy dodatkowej.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 12. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż daty początku obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej i wiodącej umowie dodatkowej.

3. Z zachowaniem postanowień § 1 ust. 2, w sytuacji gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:

- 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
- 2) uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, o której mowa w § 12.

#### § 8

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 61 roku życia.

#### § 9

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

### IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 10

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony, tj. na 2 lata polisowe, i z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i § 9, rozwiązuje się z końcem dnia poprzedzającego dzień drugiej rocznicy polisy przypadającej po dniu zawarcia umowy dodatkowej.

2. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż na miesiąc przed wskazanym w ust. 1 dniem rozwiązania umowy dodatkowej, nie poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o rozwiązaniu umowy dodatkowej, umowę dodatkową uznaje się za przedłużoną na okres kolejnych dwóch lat polisowych, jednak na czas nie dłuższy niż do końca ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

3. W zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel może zaproponować zmienione warunki ubezpieczenia, które dojdą do skutku z najbliższym dniem rocznicy polisy, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony nie zgłosili co do nich sprzeciwu w terminie siedmiu dni od otrzymania zawiadomienia. W razie złożenia sprzeciwu umowa dodatkowa rozwiązuje się z końcem okresu, na jaki została zawarta, chyba że strony uzgodnią inaczej.

4. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do nieprzedłużenia umowy dodatkowej poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia w tym przedmiocie nie później niż na miesiąc

przed wskazanym w ust. 1 dniem rozwiązania umowy dodatkowej.

5. W przypadku kolejnych okresów dwuletnich trwania umowy dodatkowej postanowienia ust. 2 – 4 stosuje się odpowiednio.

#### § 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) – 3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem rozwiązania wiodącej umowy dodatkowej,
- 3) z dniem wypłaty maksymalnej łącznej kwoty świadczeń z tytułu umowy dodatkowej, zgodnie z zasadami określonymi w § 14 ust. 4,
- 4) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

### V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 12

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego zależy od częstotliwości jej opłacania oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 6.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 6 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką ubezpieczeniową wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZŁAMANIA KOŚCI

### § 13

W przypadku wystąpienia złamania kości wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 14, odpowiedni procent obliczony od:

- 1) sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, albo
- 2) kwoty 100.000 zł, jeżeli suma ubezpieczenia w umowie głównej przekracza 100.000 zł,

ustalony poniżej:

Wystąpienie złamania	Procent sumy ubezpieczenia lub kwoty 100.000 zł
Kości czaszki	8%
Miednicy (bez kości ogonowej)	6%
Kości udowej	6%
Kości strzałkowej, piszczelowej	4%
Kości ramieniowej	6%
Kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
Kręgosłupa	8%
Inne złamania kości	1%

## VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 14

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek i złamanie kości wystąpiły w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a złamanie kości zostało stwierdzone przed upływem 90 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku, gdy złamanie kości, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie kilku kości określonych w § 13, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie świadczeń określonych w § 13, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3-5 niniejszego paragrafu.

3. W przypadku gdy w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony byłby uprawniony do otrzymania świadczeń zarówno z tytułu umowy dodatkowej jak i z tytułu wiodącej umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaca łącznie z tytułu tych dwóch umów świadczenia w wysokości nieprzekraczającej 100% sumy ubezpieczenia.

4. Łączna wysokość świadczeń jakie mogą zostać wypłacone w ramach umowy dodatkowej w całym okresie jej trwania nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia albo kwoty 100.000 zł (jeżeli suma ubezpieczenia jest wyższa od tej kwoty).

5. Jeżeli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu miałyby być należne:

1) świadczenie z tytułu kilku złamań w ramach tej samej kości lub stawu lub

2) zarówno świadczenie z tytułu umowy dodatkowej jak i z tytułu wiodącej umowy dodatkowej, gdzie uszkodzenia ciała dotyczą tej samej kończyny lub jej części,

wypłacone zostanie jedno, najwyższe z tych świadczeń.

6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli złamanie kości Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze, narciarstwo, snowboarding, sporty walki,

2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,

3) wyczynowego uprawiania sportu,

4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,

5) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

6) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

7) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,

8) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

9) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

10) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,

11) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

12) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV bądź pochodnymi,

13) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,

14) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,

15) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,

16) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,

17) wykonywania przez Ubezpieczonego czynności związanych z pracą zarobkową w ramach następujących branż: budownictwo, górnictwo lub inny przemysł wydobywczy, przemysł drzewny, leśnictwo, hutnictwo, przemysł stoczniowy, policja, wojsko, straż pożarna, straż graniczna, ochrona osób i mienia.

7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli złamanie kości zostało spowodowane:

1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca lub udarem mózgu lub wystąpiło w miejscu patologicznych zmian kości,

2) infekcją, za którą w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia uważa się stan rozstroju zdrowia wywołany przez czynnik chorobotwórczy pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego.

## VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### § 15

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

2) (nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.),

3) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia,

4) protokół BHP sporządzony po wypadku przy pracy,

- 5) własny dokument tożsamości – do wglądu,  
6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel ma prawo zasięgać informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali opiekę lekarską, na podstawie oświadczenia Ubezpieczonego składanego we wniosku o ubezpieczenie na życie.
3. Ubezpieczony na żądanie Ubezpieczyciela zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań.
4. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 3, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

## IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 16

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których jest zawierana umowa główna.

### § 17

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA TYP APZ

KOD: APZ 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Typ APZ, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej umową główną.
3. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za poważne zachorowanie uznaje się wystąpienie zdarzenia określonego w § 13 dotyczącego zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej, jednak tylko pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres co najmniej 30 dni od daty wystąpienia tego zdarzenia.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 3

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.

### § 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia u Ubezpieczonego poważnych zachorowań w związku m. in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

### § 6

Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej.

### § 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 51 roku życia.

### § 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

## IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 9

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony, tj. na 5 lat polisowych i, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i § 10, rozwiązuje się z końcem dnia poprzedzającego dzień 5. rocznicy polisy.
2. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż na miesiąc przed dniem 5. rocznicy polisy, nie poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o rozwiązaniu umowy dodatkowej, umowę dodatkową uznaje się za przedłużoną na okres kolejnych 5 lat

polisowych, jednak na czas nie dłuższy niż do końca ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

3. W zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 2 Ubezpieczyciel może zaproponować zmienione warunki ubezpieczenia, które dojdą do skutku z dniem 5. rocznicy polisy, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony nie zgłosili co do nich sprzeciwu w terminie siedmiu dni od otrzymania zawiadomienia. W razie złożenia sprzeciwu umowa dodatkowa rozwiązuje się z końcem okresu, na jaki została zawarta, chyba że strony uzgodnią inaczej.

4. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do nieprzedłużenia umowy dodatkowej poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia w tym przedmiocie nie później niż na miesiąc przed wskazanym w ust. 1 dniem rozwiązania umowy dodatkowej.

5. W przypadku kolejnych okresów pięcioletnich trwania umowy dodatkowej postanowienia ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

#### § 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

### V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa § 14 ust. 1 zależy od częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu karencji wskazanego w § 15 ust. 1 oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

#### § 12

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### VI. DEFINICJA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

#### § 13

Za poważne zachorowanie, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się:

1) **zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, którego rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:

- a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
- b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
- c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
- d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
- e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia).

2) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** – wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszkrónej.

3) **udar mózgu** – incydent naczyniowo – mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) zawał tkanki mózgowej,
  - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
  - c) zator materiałem pozaczaszkowym;
- wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg wskazany w niniejszym zdaniu nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu),

4) **nowotwór złośliwy** – choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
- b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
- c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
- d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,

e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,

5) **niewydolność nerek** – końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki,

6) **przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza,

7) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego,

8) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia,

9) **poparzenie** – oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała,

10) **stwardnienie rozsiane** – stwardnienie rozsiane musi być jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego; zmiany neurologiczne muszą występować u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi; dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej,

11) **przeszczep zastawki serca** – chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) walwuloplastyka,
- b) walwulotomia,
- c) komisurotomia,

12) **operacja aorty** – leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu, pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności.

## VII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

### § 14

1. Z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu każdego rodzaju poważnych zachorowań określonych w § 13, które wystąpiły (były po raz pierwszy zdiagnozowane lub leczone) w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia tego rodzaju zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, które będą miały bezpośredni lub pośredni związek z zachorowaniem z tytułu którego wypłacono wcześniej świadczenie.

## VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 15

1. W ramach umowy dodatkowej Ubezpieczyciel stosuje okres braku odpowiedzialności (karencja), uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej. Karencja obowiązuje przez okres 6 miesięcy, liczony od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

2. Począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń określonych w § 13 pkt 5) i 6).

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które wystąpiły (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej oraz poważnych zachorowań wynikających ze schorzeń, które wystąpiły przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania. Operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych przed objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania wyklucza jednocześnie odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zawału mięśnia sercowego i odwrotnie.

4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli poważne zachorowanie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu)
- 5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 9) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
- 10) nieuzasadnionego niekorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

- 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV bądź pochodnymi,
- 12) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,
- 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,
- 14) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
- 15) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

#### IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

##### § 16

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),
- 2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.),*
- 3) wszelką dokumentację dotyczącą zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania,
- 4) własny dokument tożsamości – do wglądu,
- 5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

3. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

4. Ubezpieczony jest obowiązany umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

#### X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 17

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

##### § 18

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY TYP AZS

KOD: AZS 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi będącymi osobami fizycznymi umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ AZS, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej „umową główną”, oraz tylko w przypadku gdy Ubezpieczający jest również Ubezpieczonym.

3. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej są następstwa chorób i nieszczęśliwych wypadków powodujące całkowitą niezdolność do pracy.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje całkowitą niezdolność Ubezpieczającego do pracy będącą następstwem choroby lub uszkodzenia ciała, a trwającą co najmniej 6 miesięcy od daty jej powstania.

3. Całkowita niezdolność Ubezpieczającego do pracy oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczającego jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.

4. Określenie całkowitej niezdolności Ubezpieczającego do pracy następuje na podstawie dokumentacji i wyników badań lekarskich, o których mowa w § 10 ust. 2 oraz w § 11 ust. 1 i 2, po upływie okresu wskazanego w ust. 2.

## III. UMOWA DODATKOWA

### § 3

Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

### § 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczającego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim

przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, § 10 ust. 2 oraz § 11 ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

### § 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

### § 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat życia, a nie będzie miał ukończonego 51. roku życia.

### § 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczający osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy

głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

#### IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w ust. 5 pkt 2) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

#### V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

##### § 10

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do pisemnego poinformowania Ubezpieczyciela o wystąpieniu całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 2.

2. Ubezpieczający na żądanie Ubezpieczyciela jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz przedłożyć wyniki wykonanych przez siebie badań.

3. Wyniki badań lekarskich, określające stan zdrowia Ubezpieczającego, o których mowa w ust. 2, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

##### § 11

1. W okresie zwolnienia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 15 ust. 1, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego zaświadczeń o trwaniu całkowitej niezdolności do pracy. Niedopełnienie obowiązku określonego powyżej spowoduje, że ze wskazaną przez Ubezpieczyciela datą, do której Ubezpieczający był obowiązany dostarczyć zaświadczenie, składki ubezpieczeniowe stają się ponownie wymagalne.

2. W okresie zwolnienia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 15 ust. 1, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczającego na badania lekarskie, w celu stwierdzenia ciągłości całkowitej niezdolności do pracy. Ubezpieczający jest zobowiązany poddać się badaniom wymaganym przez Ubezpieczyciela. Niedopełnienie przez Ubezpieczającego

obowiązku określonego powyżej spowoduje, że ze wskazaną przez Ubezpieczyciela datą, do której Ubezpieczający był zobowiązany wykonać badania lekarskie, składki ubezpieczeniowe stają się ponownie wymagalne.

3. Ubezpieczyciel nie ma prawa wymagać zaświadczeń określonych w ust. 1 oraz wykonania badań lekarskich określonych w ust. 2 częściej niż raz w roku.

##### § 12

1. Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Ubezpieczyciela na piśmie o zakończeniu się całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 2 ust. 3, i odzyskaniu zdolności do wykonywania pracy.

2. W przypadku niedopełnienia obowiązku określonego w ust. 1 Ubezpieczający będzie zobowiązany do opłacenia wszystkich składek ubezpieczeniowych powiększonych o odsetki za okres, w którym był zwolniony przez Ubezpieczyciela z opłacania składek ubezpieczeniowych, a w którym Ubezpieczający miał zdolność do wykonywania pracy.

#### VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

##### § 13

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej zależy od: częstotliwości jej opłacania, łącznej wysokości składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej i innych umów dodatkowych oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, na zasadach określonych w umowie głównej, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

##### § 14

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

#### VII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

##### § 15

1. Ubezpieczyciel w okresie całkowitej niezdolności Ubezpieczającego do pracy zwolni go z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy głównej oraz innych umów dodatkowych (za wyjątkiem Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Szpitalnego Typ ALS), nie dłużej jednak niż do daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w umowie głównej i umowach dodatkowych.

2. Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy realizowane jest przez Ubezpieczyciela od najbliższego dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej przypadającego

po uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, jednak nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty powstania tej niezdolności.

3. Ubezpieczyciel zwolni Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych pod warunkiem, iż w dacie rozpoczęcia realizacji świadczenia Ubezpieczający będzie nadal całkowicie niezdolny do pracy.

4. Gwarantowane przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu umowy głównej lub innych umów dodatkowych zostają zachowane we wskazanym w ust. 1 okresie, chyba że postanowienia tych umów stanowią inaczej.

## VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 16

1. Ubezpieczyciel zwolni Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych w przypadku zaistnienia zdarzenia określonego w § 2, jeżeli Ubezpieczający opłacił wszystkie wymagalne składki ubezpieczeniowe do daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o roszczeniu stanowiącym podstawę do realizacji świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

2. Prawo do podwyższania wysokości składki ubezpieczeniowej, zgodnie ze wskaźnikiem podawanym przez Ubezpieczyciela na zasadach określonych w umowie głównej, nie przysługuje Ubezpieczającemu przez okres, w którym Ubezpieczający, z tytułu umowy dodatkowej, jest zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych.

3. W dacie odzyskania przez Ubezpieczającego zdolności do pracy ustaje zwolnienie z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 1.

4. Ubezpieczyciel nie zrealizuje świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli całkowita niezdolność Ubezpieczającego do pracy nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) udziału Ubezpieczającego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

2) udziału Ubezpieczającego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,

3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,

4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

5) czynnego udziału Ubezpieczającego w aktach przemocy lub terroryzmu,

6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,

7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczający nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

8) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

9) epidemii lub infekcji spowodowanej katastrofą naturalną,

10) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

11) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

12) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się przez niego wirusem HIV lub pochodnymi

13) umyślnego samouszkodzenia ciała, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,

14) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych bądź schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego stwierdzonych u Ubezpieczonego,

15) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,

16) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

## IX. REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### § 17

1. Przy roszczeniu o realizację świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.)*,

3) wszelką dokumentację dotyczącą przyczyn niezdolności do pracy,

4) własny dokument tożsamości – do wglądu,

5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel ma prawo zasięgać informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczającym sprawowali opiekę lekarską, na podstawie oświadczenia Ubezpieczającego składanego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

## X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 18

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

### § 19

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



# OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO TYP ALS

KOD: ALS 01/08

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Szpitalnego Typ ALS, zwane dalej umowami dodatkowymi.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Aspira”, zwanej dalej umową główną.

### § 2

1. Użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia terminy oznaczają:

1) czasowa niezdolność do pracy – czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego,

2) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

3) OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydzielonym, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonym w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów,

4) rok polisowy – okres 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,

5) szpital – placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia szpitalem nie są: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital nie uważa się również: szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych, szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest opieka bądź prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego.

2. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie szpitalne spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Świadczenia objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela określone są w § 15.

## III. ZASIĘG TERYTORIALNY

### § 4

Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęty jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii, Chorwacji, Watykanu, Monako, Lichtensteinu, San Marino, Andory, USA, Kanady, Japonii, Australii oraz Nowej Zelandii.

## IV. UMOWA DODATKOWA

### § 5

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.

### § 6

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

### § 7

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia u Ubezpieczonego poważnych zachorowań w związku m. in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego

prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

#### § 8

Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej.

#### § 9

Umowa dodatkowa może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy głównej. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeden raz w okresie trwania umowy głównej.

#### § 10

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 51 roku życia.

#### § 11

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem w pełnym zakresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

### V. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 12

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony, tj. na 2 lata polisowe, i z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i § 11, rozwiązuje się z końcem dnia poprzedzającego dzień drugiej rocznicy polisy przypadającej po dniu zawarcia umowy dodatkowej.

2. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż na miesiąc przed wskazanym w ust. 1 dniem rozwiązania umowy dodatkowej, nie poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o rozwiązaniu umowy dodatkowej, umowę dodatkową uznaje się za przedłużoną na okres kolejnych dwóch lat polisowych, jednak na czas nie dłuższy niż do końca ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

3. W zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 2 Ubezpieczyciel może zaproponować zmienione warunki ubezpieczenia, które dojdą do skutku z najbliższym dniem rocznicy polisy, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony nie zgłosili co do nich sprzeciwu w terminie siedmiu dni od otrzymania zawiadomienia. W razie złożenia sprzeciwu umowa dodatkowa rozwiązuje się z końcem okresu, na jaki została zawarta, chyba że strony uzgodnią inaczej.

4. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do nieprzedłużenia umowy dodatkowej poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia w tym przedmiocie nie później niż na miesiąc przed wskazanym w ust. 1 dniem rozwiązania umowy dodatkowej.

5. W przypadku kolejnych okresów dwuletnich trwania umowy dodatkowej postanowienia ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.

#### § 13

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca – 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt. 2) i 3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,

2) z pierwszym dniem okresu, w którym Ubezpieczyciel zwolnił Ubezpieczającego z opłacania składek ubezpieczeniowych na podstawie Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy typ AZS,

3) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

### VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 14

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej zależy od częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego, zakresu ubezpieczenia, pakietu, okresu karencji wskazanego w § 17 ust. 1 oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 7.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego. 3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.

4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej.

5. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

6. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## VII. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA LECZENIA SZPITALNEGO

### § 15

1. W zależności od zakresu ubezpieczenia oraz pakietu Ubezpieczyciel wypłaca następujące świadczenia, zgodnie z poniższą tabelą:

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
		Pakiet I	Pakiet II	Pakiet III
<b>Zakres podstawowy</b>				
1.	Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (pierwsze 14 dni)	100 zł za dzień	200 zł za dzień	300 zł za dzień
2.	Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (po 14 dniu)	50 zł za dzień	100 zł za dzień	150 zł za dzień
3.	Pobyt w szpitalu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	50 zł za dzień	100 zł za dzień	150 zł za dzień
<b>Zakres rozszerzony</b>				
1.	Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (pierwsze 14 dni)	100 zł za dzień	200 zł za dzień	300 zł za dzień
2.	Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (po 14 dniu)	50 zł za dzień	100 zł za dzień	150 zł za dzień
3.	Pobyt w szpitalu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	50 zł za dzień	100 zł za dzień	150 zł za dzień
4.	Pobyt na OIOM (dodatkowo)	50 zł za dzień	100 zł za dzień	150 zł za dzień
5.	Świadczenie rehabilitacyjne	300 zł jednorazowo	600 zł jednorazowo	900 zł jednorazowo

2. Możliwość wyboru poszczególnych pakietów, wskazanych w tabeli w ust. 1 powyżej, uzależniona jest od wysokości łącznej składki ubezpieczeniowej opłacanej z tytułu umowy głównej oraz wszystkich umów dodatkowych.

3. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM jest świadczeniem dodatkowym wypłacanym Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, jeżeli w okresie pobytu w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego pobytu w szpitalu.

4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie rehabilitacyjne, jeżeli bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony był czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostawała w związku z zakończonym leczeniem szpitalnym. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwy jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie pobyt w szpitalu. Wówczas świadczenie rehabilitacyjne jest nienależne.

5. Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie rehabilitacyjne w roku polisowym z tytułu umowy dodatkowej, niezależnie od liczby pobytów w szpitalu, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

### § 16

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w pobycie w szpitalu na skutek udzielenia przepustki.

4. Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.

5. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu może być wypłacone w danym roku polisowym maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu.

6. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego pobytu upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 5, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.

7. Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 6, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł.

8. Jeżeli Ubezpieczonemu nie jest należne żadne ze świadczeń określonych w zakresie podstawowym ubezpieczenia, wówczas z tytułu tego samego pobytu w szpitalu nie jest należne również żadne ze świadczeń dodatkowych, określonych w zakresie rozszerzonym (tj. pobyt na OIOM, świadczenie rehabilitacyjne).

9. W każdym roku (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą.

10. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

11. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).

12. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

## VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 17

1. W ramach umowy dodatkowej Ubezpieczyciel stosuje okres braku odpowiedzialności (karencja) w odniesieniu do zdarzeń niespodowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej. Karencja obowiązuje przez okres 3 miesięcy, liczony od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

2. Począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich świadczeń związanych z leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego ulega ograniczeniu i dotyczy wyłącznie zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

3. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu:

- 1) chorób będących przedmiotem leczenia szpitalnego przed lub w dacie objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem; postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do pobytów w szpitalu występujących po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,
- 2) wad wrodzonych lub ich następstw,
- 3) chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), chorób układu nerwowego, upośledzenia

umysłowego, chorób wenerycznych, AIDS, użycia alkoholu, narkotyków bądź innych środków odurzających lub umyślnego samouszkodzenia ciała,

4) operacji plastycznie – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,

5) diagnozowania i leczenia bezpłodności (*zmiana brzmienia na podstawie Aneksu do Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Leczenia Szpitalnego TYP ALS KOD: ALS 01/08 z dnia 15 czerwca 2009 r.*),

6) leczenia lub zabiegów dentystrycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,

7) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,

8) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,

9) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego ze szpitala na własne żądanie,

10) pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia w warunkach szpitalnych Ubezpieczony odmówił w przeszłości,

11) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

12) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,

13) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,

14) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

15) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

16) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

17) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała, próby samobójczej,

18) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

19) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

20) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,

21) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.

4. Ubezpieczyciel nie uznaje pobytu w szpitalu za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną pobytu zostało spowodowane:

1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, udarem mózgu,

2) wystąpieniem przepukliny (w miejscach typowych np. pachwinowa, brzuszna) do ujawnienia której doszło w wyniku

wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,

3) dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miazdźstego do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia,

4) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne – pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

## IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### § 18

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

2) (*nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.*),

3) wszelką dokumentację dotyczącą leczenia,

4) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku – w przypadku występowania z roszczeniem związanym z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,

5) dokumentację potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM),

6) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzające niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy – w przypadku występowania z roszczeniem związanym z wypłatą świadczenia rehabilitacyjnego,

7) własny dokument tożsamości – do wglądu,

8) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

3. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

4. Ubezpieczony jest obowiązany umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

5. W przypadku przedłożenia Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej w języku obcym (tj. innym niż język polski), obowiązek przetłumaczenia tej dokumentacji oraz koszty obciąża Ubezpieczającego.

## X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 19

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia, stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

**§ 20**

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie 5 maja 2008 roku i obowiązują w odniesieniu do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

