



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA RENTOWEGO „SJESTA”

KOD: ORG 01/09

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego Sjesta, którego przedmiotem jest wypłata Ubezpieczonemu renty lub kapitału końcowego bądź osobie uprawnionej sumy ubezpieczenia, renty przeniesionej lub świadczenia wskazanego w § 30, opisanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

2. Umowa Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego Sjesta zwana jest w dalszej części niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „umową ubezpieczenia”.

3. Umowy ubezpieczenia mogą regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **alokacja wpłaty dodatkowej** – podział wpłaty dodatkowej przeznaczanej na zakup jednostek uczestnictwa, pomiędzy poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe,
- 2) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której Ubezpieczyciel umarza jednostki uczestnictwa z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa,
- 3) **data nabycia uprawnień rentowych** – dzień rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat,
- 4) **Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa** – wyodrębniony rachunek tworzony przez Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego,
- 5) **jednostka uczestnictwa** – część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach netto,
- 6) **kapitał końcowy** – świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jednorazowo przez Ubezpieczyciela w miejsce renty, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
- 7) **konwersja jednostek uczestnictwa** – dyspozycja dotycząca umorzenia części lub całości jednostek uczestnictwa jednego lub kilku Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, z jednoczesnym nabyciem, za całość kwoty uzyskanej w wyniku tego umorzenia, jednostek uczestnictwa innych Funduszy (jednego lub kilku),
- 8) **Ogólne Warunki Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej** – dokument określający zasady udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
- 9) **okres gwarantowany** – okres pierwszych 15 lat, licząc od daty nabycia uprawnień rentowych, w którym w przypadku śmierci Ubezpieczonego należna jest renta przeniesiona,

10) **okres składkowy** – okres, w którym istnieje wymagalność składek ubezpieczeniowych, trwający do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego datę nabycia uprawnień rentowych, jednak nie dłużej niż 30 lat,

11) **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA** – dokument określający zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela (dalej: „Regulamin”),

12) **renta** – świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane na rzecz Ubezpieczonego w wysokości i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia,

13) **renta przeniesiona** – świadczenie ubezpieczeniowe realizowane na rzecz beneficjenta lub innej osoby uprawnionej po śmierci Ubezpieczonego, wypłacane w okresie gwarantowanym,

14) **rezerwa matematyczna** – pasywa Ubezpieczyciela, tworzone zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w zakresie działalności ubezpieczeniowej, odpowiadające wartości bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wynikać z umowy ubezpieczenia,

15) **rocznica polisy** – rocznica określonej w polisie ubezpieczeniowej daty rozpoczęcia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

16) **składka ubezpieczeniowa** – kwota opłacana przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia,

17) **Strategie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA** – dokument określający szczegółowe zasady funkcjonowania oraz stopień ryzyka inwestycyjnego poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela (dalej: „Strategie”),

18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składki ubezpieczeniowej,

19) **ubezpieczenie bezskładkowe** – ubezpieczenie obowiązujące przed zakończeniem okresu składkowego, na zasadach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, w przypadku przerwania opłacania składek ubezpieczeniowych,

20) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** – wydzielony fundusz aktywów tworzony z wpłat dodatkowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia; szczegółowe zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego określone zostały w Regulaminie oraz Strategiach,

21) **Ubezpieczony** – osoba objęta odpowiedzialnością Ubezpieczyciela; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na własny rachunek Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,

22) **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1,

23) **umowy dodatkowe** – umowy ubezpieczeń dodatkowych, które mogą być dołączane do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,

24) **wartość wykupu** – świadczenie ubezpieczeniowe, należne na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, wynikające z aktualnej wysokości rezerwy matematycznej, okresu, jaki upłynął od dnia rozpoczęcia

odpowiedzialności Ubezpieczyciela, oraz okresu pozostałego do daty nabycia uprawnień rentowych.

25) **wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa** – kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w dniu ich wyceny,

26) **wpłata dodatkowa** – kwota dobrowolnie opłacana przez Ubezpieczającego w terminie i wysokości przez niego ustalonej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

II. WARUNKI ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

PODSATWA ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego 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.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

Z zastrzeżeniem postanowień § 11 ust. 3, w okresie rozpatrywania przez Ubezpieczyciela wniosku ubezpieczeniowego Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej.

DORĘCZENIE POLISY Z ODSTĘPSTWAMI

§ 5

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertą 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 jest zawierana 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.

WIEK UBEZPIECZONEGO

§ 6

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 46. roku życia.

III. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

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. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zgodnie z treścią ust. 2, Ubezpieczającemu przysługuje prawo otrzymania wartości wykupu powiększonej o przyznany przez Ubezpieczyciela udział w zysku, z zastrzeżeniem postanowień § 31 ust. 2.
4. Oprócz sytuacji wskazanych powyżej w ust. 1 i 2, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem:
 - 1) wypłaty kapitału końcowego,
 - 2) wypłaty wartości wykupu, z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczonemu należna jest nowo wyliczana renta opisana w § 32,
 - 3) wskazanym w § 14 ust. 1 pkt 2,
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego, a jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie gwarantowanym – z końcem tego okresu.

IV. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem następnym po dniu, w którym łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
 - 1) Ubezpieczyciel zaakceptował wniosek ubezpieczeniowy,
 - 2) Ubezpieczający dokonał wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje nie później niż z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia (z zachowaniem prawa do renty i renty przeniesionej w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek dożycia do daty nabycia uprawnień rentowych).
3. Jeżeli umowy dodatkowe nie stanowią inaczej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tych umów ustaje z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

OBOWIĄZEK PODANIA INFORMACJI PRZY ZAWARCIU UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

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 z tytułu wypadku przewidzianego umową ubezpieczenia i jego następstw Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZEK OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 10

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

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

OGÓLNE ZASADY WYPŁACANIA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 11

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu renty bądź kapitału końcowego na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobie uprawnionej, o której mowa w § 34 ust. 1:

1) w razie śmierci Ubezpieczonego po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a jednocześnie przed datą nabycia uprawnień rentowych – sumy ubezpieczenia w wysokości sumy składek ubezpieczeniowych opłaconych do dnia śmierci Ubezpieczonego (z pominięciem składek ubezpieczeniowych opłaconych z tytułu umów dodatkowych) powiększonej o przyznany przez Ubezpieczyciela udział w zysku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 6,

2) w razie śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarantowanym – renty przeniesionej opisanej w § 29.

3. Na potrzeby umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przyjmuje się, że sumą ubezpieczenia, o której mowa w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej, jest suma wszystkich składek ubezpieczeniowych, jakie zostałyby opłacone do końca okresu składkowego, przy założeniu, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku na warunkach wnioskowanych.

4. Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu powiększoną o przyznany udział w zysku w miejsce sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 2 pkt 1 (jednak kwotą nie wyższą niż suma ubezpieczenia), jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

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. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała bezpośrednio lub pośrednio w wyniku samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 12

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od: wysokości renty, gwarantowanej stopy procentowej (wskazanej w ust. 2), częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, okresu pozostałego do daty nabycia uprawnień rentowych, okresu składkowego, prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela skutkujących wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych, wieku i płci Ubezpieczonego.

2. Gwarantowana stopa procentowa, w oparciu o którą wyznaczana jest składka ubezpieczeniowa, wynosi 2,75%.

3. Kwota składki ubezpieczeniowej powiększana jest o składki należne z tytułu zawartych umów dodatkowych.

OPŁACANIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 13

1. Składka ubezpieczeniowa wymagalna jest w okresie składkowym i może być opłacana, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego dokonanym we wniosku ubezpieczeniowym, z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną bądź miesięczną.

2. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego lub niezwłocznie po tej dacie.

3. Składka ubezpieczeniowa winna być opłacona do pierwszego dnia okresu, za który jest należna (data wymagalności).

4. Składkę ubezpieczeniową uważa się za opłaconą z datą jej wpłynięcia w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela, pod warunkiem że sposób dokonania wpłaty pozwala na jej poprawną identyfikację przez Ubezpieczyciela.

SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 14

1. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego ze wskazaniem dodatkowego terminu zapłaty i skutku nieopłacenia tej należności, w postaci:

1) przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile, zgodnie z postanowieniami § 33 ust. 1, jest to możliwe), ze skutkiem na dzień powstania zaległości,

2) uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności, jeżeli, w myśl postanowień § 31 ust. 1, nie istnieje wartość wykupu.

2. W okresie pierwszego miesiąca zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel zapewnia ochronę ubezpieczeniową na niezmienionych zasadach. Ochrona ubezpieczeniowa ustaje po upływie jednego miesiąca zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych.

3. Opłacenie wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych przed wyznaczonym dniem uregulowania należności skutkuje zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w pełnym zakresie.

4. Jeżeli uzupełnieniem umowy ubezpieczenia są umowy dodatkowe, powstanie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu tych umów, począwszy od pierwszego dnia zaległości.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 15

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed datą nabycia uprawnień rentowych Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

WYPŁATY DODATKOWE

§ 16

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych pod warunkiem, że zostały opłacone wszystkie składki ubezpieczeniowe.

2. W przypadku, gdy nie została opłacona wymagalna składka ubezpieczeniowa, każda kolejna wpłata dodatkowa dokonana przez Ubezpieczającego zostanie w odpowiedniej części zaliczona na poczet wymagalnej składki ubezpieczeniowej.

3. Wpłatę dodatkową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela i została zweryfikowana przez Ubezpieczyciela.

VIII. INDYWIDUALNY RACHUNEK JEDNOSTEK UCZESTNICTWA I UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

INDYWIDUALNY RACHUNEK JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 17

1. Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa jest otwierany przez Ubezpieczyciela w terminie 5 dni roboczych od daty opłacenia pierwszej wpłaty dodatkowej. Nabycie jednostek uczestnictwa za pierwszą wpłatę dodatkową następuje wraz z otwarciem Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

2. Nabycie jednostek uczestnictwa za kolejne wpłaty dodatkowe następuje w okresie 5 dni roboczych od daty ich opłacenia.

INWESTOWANIE WPLĄT DODATKOWYCH

§ 18

1. Wpłata dodatkowa, pomniejszona o opłatę początkową, przeznaczana jest na nabycie jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych, na zasadach określonych w Regulaminie oraz Strategiach, pod warunkiem oznaczenia wpłacanej kwoty jako wpłaty dodatkowej. Wysokość opłaty początkowej, o której mowa w zdaniu poprzednim, określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający może wskazać sposób alokacji wpłat dodatkowych przy zawarciu umowy ubezpieczenia lub w pisemnym oświadczeniu składanym Ubezpieczycielowi przed opłaceniem danej wpłaty dodatkowej. W przypadku braku wskazania (lub błędnego wskazania) sposobu alokacji wpłaty dodatkowej, wpłata dodatkowa lokowana jest zgodnie z ostatnią

prawidłową dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego w tym zakresie. Jeżeli Ubezpieczający nigdy nie wskazywał prawidłowej dyspozycji alokacji wpłat dodatkowych, wpłata lokowana jest w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego, dostępnym u Ubezpieczyciela.

3. Poza opłatą początkową, Ubezpieczycielowi przysługuje również prawo pobrania opłat manipulacyjnych z tytułu wykonania trzeciej i kolejnych konwersji jednostek uczestnictwa pomiędzy Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi w roku polisowym (w okresie pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy), na zasadach określonych w Regulaminie.

4. Opłata określona w ust. 3 pobierana jest z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych zewidencjonowanych na tym rachunku. Liczba umarzanych jednostek uczestnictwa (zaokrąglenie jest zgodne z zasadami arytmetyki) zależy od ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w dniu umorzenia oraz bieżącej wysokości pobieranej opłaty.

5. Jednostki uczestnictwa, określone w ust. 4, są umarzane z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa proporcjonalnie do udziału w wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI

§ 19

1. Z tytułu zarządzania Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, Ubezpieczyciel pobiera opłatę za zarządzanie, w wysokości i na zasadach określonych w Strategiach.

2. Opłata za zarządzanie, o której mowa w ust. 1, pobierana jest z aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określonych w Regulaminie i nie wpływa na liczbę jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3. Strategie wskazują maksymalną różnicę pomiędzy ceną zakupu a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

WYSOKOŚĆ OPŁAT

§ 20

1. Wysokość opłat oraz wartości minimalnych, o których mowa w § 18 ust. 1 i 3 oraz § 21 ust. 3, określona jest w dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Zmiana wysokości opłat i wartości minimalnych, o których mowa w ust. 1 powyżej może być dokonywana nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, przy czym maksymalny wzrost wysokości opłaty nie może przekroczyć iloczynu aktualnego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej zmiany określonej opłaty i współczynnika 1,25.

IX. WYKUP WARTOŚCI INDYWIDUALNEGO RACHUNKU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

ZASADY WYKUPU WARTOŚCI INDYWIDUALNEGO RACHUNKU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 21

1. Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa może zostać wypłacona na wniosek Ubezpieczającego najwcześniej po pierwszej rocznicy polisy.

2. Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa jest ustalana w oparciu o cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny przed dniem zatwierdzenia przez Ubezpieczyciela do wypłaty danej wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3. Przy ustalaniu wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa do wypłaty Ubezpieczyciel stosuje opłatę likwidacyjną.

4. Opłata likwidacyjna pomniejsza kwotę uzyskaną po umorzeniu jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

WYKUP CZĘŚCI WARTOŚCI INDYWIDUALNEGO RACHUNKU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 22

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypłaty części wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

2. Postanowienia § 21 stosuje się odpowiednio do wypłaty części wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3. W umowie ubezpieczenia ustalana jest minimalna wysokość wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa po częściowym wykupie oraz minimalna kwota wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa mogąca podlegać częściowej wypłacie.

4. Jeżeli we wniosku o wypłatę części wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa nie wskazano Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, których jednostki uczestnictwa mają zostać umorzone, jednostki uczestnictwa umarzone są poczynając od najwcześniejszych zakupionych. Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa nabytych tego samego dnia w kilku Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych jest wyższa od potrzebnej dla dokonania wypłaty części wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, jednostki uczestnictwa nabyte tego dnia zostaną umorzone w ramach tych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych proporcjonalnie do ich wartości na dzień wypłaty. Jeżeli wymienione wyżej wskazanie dotyczące wypłaty części wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa jest niemożliwe do realizacji, Ubezpieczyciel zwróci się do Ubezpieczającego o ponowne określenie wnioskowanych zasad dokonania tej wypłaty.

WYPŁATA WARTOŚCI INDYWIDUALNEGO RACHUNKU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 23

1. Oprócz sytuacji opisanej w § 21, wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa wypłacana jest:

1) Ubezpieczającemu – w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia, (również w sytuacji kiedy do rozwiązania umowy ubezpieczenia doszło przed upływem jednego roku od daty jej zawarcia),

2) osobie uprawnionej – w razie śmierci Ubezpieczonego,

3) Ubezpieczonemu – w razie gdy w miejsce renty wypłacany jest kapitał końcowy.

2. Z datą nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień rentowych, wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa przeznaczana jest na powiększenie kwoty renty. Do powiększenia kwoty renty, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zastosowania będzie miała taryfa ubezpieczeniowa aktualna w dacie nabycia uprawnień rentowych.

X. ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

INDEKSACJA

§ 24

1. Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu podwyższenia w rocznicę polisy składki ubezpieczeniowej (indeksacja).

2. Podwyższenie składki ubezpieczeniowej w wyniku indeksacji skutkuje wzrostem renty i kapitału końcowego, w sposób określony w pisemnej propozycji, jaka zostanie przekazana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na 30 dni przed rocznicą polisy. Wzrost świadczeń zależy od płci i wieku Ubezpieczonego w ostatnim dniu roku kalendarzowego, w którym dokonywana jest indeksacja, liczby lat, które pozostały do daty nabycia uprawnień rentowych, pozostałego do dnia rocznicy polisy okresu składkowego oraz skali podwyższenia składki ubezpieczeniowej.

3. Wskaźnik indeksacji ustalany jest w oparciu o aktualny wskaźnik 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%.

4. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego i Ubezpieczonego na propozycję, o której mowa w ust. 2, w okresie 14 dni od jej otrzymania skutkuje wejściem w życie zmian przedstawionych przez Ubezpieczyciela w propozycji indeksacji.

5. Ubezpieczyciel nie może podjąć decyzji o zaproponowaniu indeksacji:

1) jeżeli Ubezpieczający jest zwolniony z opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ OZS,

2) w pięciu ostatnich latach okresu opłacania składki ubezpieczeniowej wymaganej z tytułu umowy ubezpieczenia,

3) jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony nie wyrazili zgody na indeksację w trzech kolejno następujących po sobie rocznicach polisy, w których Ubezpieczyciel zaproponował Ubezpieczającemu indeksację.

PODWYŻSZANIE I OBNIŻANIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 25

1. Począwszy od drugiej rocznicy polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej.

2. Zmiany, o której mowa powyżej, można dokonać nie częściej niż:

1) jednokrotnie w okresie pomiędzy kolejnymi następującymi po sobie rocznicami polisy,

2) czterokrotnie w czasie trwania umowy ubezpieczenia – w odniesieniu do podwyższenia składki ubezpieczeniowej,

3) jednokrotnie w czasie trwania umowy ubezpieczenia – w odniesieniu do obniżenia składki ubezpieczeniowej.

3. Obniżenie składki ubezpieczeniowej uniemożliwia jej podwyższenie w przyszłości (za wyjątkiem indeksacji składki ubezpieczeniowej).

4. Nowa wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego.

5. Propozycję nowej kwoty składki ubezpieczeniowej i daty początku jej obowiązywania Ubezpieczający wskazuje we wniosku przekazywanym Ubezpieczycielowi. Wniosek nie może zostać przekazany później niż na 14 dni przed proponowanym dniem zmiany. W razie wpłynięcia wniosku po terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, zmiana wchodzi w życie z pierwszym dniem kolejnego okresu rozliczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.

6. W odpowiedzi na wniosek, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel przesyła Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli jest osobą inną niż Ubezpieczający) aneks do umowy ubezpieczenia uwzględniający wnioskowane zmiany. Aneks ten wchodzi w życie pod warunkiem, że Ubezpieczający i Ubezpieczony nie zgłosi sprzeciwu co do jego treści w terminie 14 dni od daty jego otrzymania.

7. W wyniku zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel określa nową wysokość renty i kapitału końcowego, uwzględniając dotychczasową wysokość świadczeń, wiek i płeć Ubezpieczonego oraz długość okresu do daty nabycia uprawnień rentowych. Wzrost świadczeń dokonywany będzie w oparciu o aktualną w dniu zmiany taryfę ubezpieczenia.

8. W przypadku wniosku o podwyższenie składki ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego i odmowy dokonania zmiany lub wskazania innej daty jej wejścia w życie.

9. Podwyższenie składki ubezpieczeniowej nie jest możliwe w pięciu ostatnich latach okresu opłacania składki ubezpieczeniowej.

10. Składka ubezpieczeniowa nie może zostać obniżona do kwoty niższej od minimalnej składki, obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

11. Ubezpieczyciel ma prawo do wskazania minimalnej kwoty o jaką możliwe jest podwyższenie składki ubezpieczeniowej.

12. Kwota, o jaką podwyższona została składka ubezpieczeniowa (zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu), nie podlega w kolejnych latach indeksacji na zasadach określonych w § 24.

XI. UDZIAŁ W ZYSKU

ZASADY NALICZANIA I WYPŁATA UDZIAŁU W ZYSKU

§ 26

1. Udział w zysku naliczany jest przez Ubezpieczyciela, począwszy od drugiej rocznicy polisy, również w okresie ubezpieczenia bezskładkowego i wypłaty renty, renty przeniesionej i renty uzupełniającej.

2. Udział w zysku jest przyznawany, jeżeli wskaźnik zysku wypracowanego w okresie ostatnich 12 miesięcy od zainwestowanych rezerw matematycznych jest wyższy od gwarantowanej stopy procentowej w wysokości 2,75%.

3. Udział w zysku ustalany jest zgodnie ze wzorem:

$$U = (Z \times 85\%) \times R$$

gdzie powyższe symbole oznaczają:

U – należny udział w zysku,

Z – wskaźnik zysku wypracowanego w okresie ostatnich 12 miesięcy od zainwestowanych rezerw matematycznych pomniejszony o gwarantowaną stopę procentową w wysokości 2,75%,

R – średnia arytmetyczna wartości rezerw matematycznych na dzień rocznicy polisy, w której udział w zysku jest przyznawany, oraz dzień poprzedniej rocznicy polisy.

4. Przyznany w okresie ubezpieczenia udział w zysku wypłacany jest, z zastrzeżeniem postanowień § 27 ust. 2, łącznie z sumą ubezpieczenia, kapitałem końcowym albo wartością wykupu bądź jej częścią, w sytuacji wskazanej w § 32 ust. 1.

XII. WYPŁATA RENTY I KAPITAŁU KOŃCOWEGO

ZASADY WYPŁACANIA RENTY

§ 27

1. Renta wypłacana jest Ubezpieczonemu do końca jego życia, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarantowanym zamieniana jest na rentę przeniesioną.

2. Z datą nabycia uprawnień rentowych kwota skumulowanych zysków, przyznawanych na zasadach wskazanych w § 26, przeznaczana jest na powiększenie kwoty renty. Do powiększenia kwoty renty, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zastosowanie będzie miała taryfa ubezpieczenia aktualna w dacie nabycia uprawnień rentowych.

3. Z zastrzeżeniem postanowień § 28, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do rozpoczęcia wypłat renty, począwszy od dnia nabycia uprawnień rentowych.

4. Z datą nabycia uprawnień rentowych kończy się ochrona ubezpieczeniowa a umowa ubezpieczenia ulega wykonaniu. Ubezpieczyciel rozpoczyna wówczas realizację należnych dożywotnich świadczeń ubezpieczeniowych.

5. W miejsce renty Ubezpieczonemu może zostać wypłacony kapitał końcowy powiększony o przyznany przez Ubezpieczyciela udział w zysku. Wypłata kapitału końcowego dojdzie do skutku pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym przedmiocie najpóźniej na 30 dni przed datą nabycia uprawnień rentowych.

6. Dniem płatności renty jest dzień złożenia przez Ubezpieczyciela w banku polecenia przelewu na rachunek bankowy osoby uprawnionej do otrzymania renty.

7. Najpóźniej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczyciel przesyła Ubezpieczonemu list mający na celu potwierdzenie prawa Ubezpieczonego do otrzymywania renty.

8. Warunkiem wypłaty renty jest podpisanie przez Ubezpieczonego listu, o którym mowa w ust. 7, i odesłanie go do Ubezpieczyciela nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy. Brak pisemnego potwierdzenia ze strony Ubezpieczonego może skutkować wstrzymaniem wypłaty renty.

9. Ubezpieczyciel ma prawo do sprawdzania numeru PESEL Ubezpieczonego w Powszechnym Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności, w celu potwierdzenia życia Ubezpieczonego. Informacja o śmierci Ubezpieczonego, uzyskana z Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności, skutkuje wstrzymaniem wypłaty renty.

MINIMALNA WYSOKOŚĆ RENTY

§ 28

1. Jeżeli w dacie nabycia uprawnień rentowych wysokość renty jest niższa od wartości minimalnej, Ubezpieczonemu należna jest wypłata kapitału końcowego powiększonego o przyznany przez Ubezpieczyciela udział w zysku.

2. Wartość minimalna określana jest w umowie ubezpieczenia i może ulegać zmianom. Zmiana wysokości wartości minimalnej może być dokonywana nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, przy czym maksymalny wzrost wysokości nie może przekroczyć iloczynu wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej zmiany określonej opłaty i współczynnika 1,25.

3. Wysokość kapitału końcowego ustalana jest na podstawie taryfy aktualnej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, w zależności od długości okresu ubezpieczenia przypadającego przed dniem nabycia uprawnień rentowych, wieku i płci Ubezpieczonego.

XIII. WYPŁATA RENTY PRZENIESIONEJ

WYPŁATA RENTY PRZENIESIONEJ W OKRESIE GWARANTOWANYM

§ 29

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarantowanym Ubezpieczyciel rozpoczyna wypłatę renty przeniesionej osobie uprawnionej wskazanej w § 34.

2. Renta przeniesiona należy za okres od dnia następnego po dacie nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do ostatniej wypłaconej przez Ubezpieczyciela raty renty do końca okresu gwarantowanego.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE WYPŁACANE W MIEJSCE RENTY PRZENIESIONEJ

§ 30

W miejsce wypłaty renty przeniesionej osobie uprawnionej może zostać wypłacone świadczenie, którego wysokość zależy od bieżącej wysokości raty renty, gwarantowanej stopy procentowej w wysokości 2,75% i pozostałego okresu gwarantowanego. Wypłata świadczenia, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dojdzie do skutku pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym przedmiocie najpóźniej w okresie 30 dni od daty śmierci Ubezpieczonego.

XII. WARTOŚĆ WYKUPU

PRZESŁANKI WYPŁATY WARTOŚCI WYKUPU

§ 31

1. Wartość wykupu może zostać wypłacona:

1) na wniosek Ubezpieczającego – po dwóch latach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela (o ile wartość wykupu w dniu złożenia wniosku o jej wypłatę istnieje),

2) osobie uprawnionej do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – w sytuacji, o której mowa w § 11 ust. 4.

2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed drugą rocznicą polisy prawo wypłaty wartości wykupu nie przysługuje.

ZASADY WYPŁATY WARTOŚCI WYKUPU

§ 32

1. Wypłata pełnej kwoty wartości wykupu nie jest możliwa na rzecz Ubezpieczającego, jeżeli wartość wykupu jest wyższa od sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 11 ust. 2 pkt 1. W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypłaty części wartości wykupu w kwocie równej sumie ubezpieczenia.

2. Z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, ustaje odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego udzielana przed datą nabycia uprawnień rentowych oraz z tytułu umów dodatkowych (o ile zostały zawarte).

3. Niewypłacona, w myśl postanowień ust. 1, część wartości wykupu przeznaczana jest na nabycie nowo wyliczanej renty albo nowo wyliczanego kapitału końcowego, których wysokość zależy od: gwarantowanej stopy procentowej w wysokości 2,75%, wieku i płci Ubezpieczonego oraz długości okresu pozostałego do daty nabycia uprawnień rentowych. Nowo wyliczana renta albo nowo wyliczany kapitał końcowy są należne, jeżeli Ubezpieczony dożyje do daty nabycia uprawnień rentowych.

4. Nowo wyliczana renta oraz nowo wyliczany kapitał końcowy, o których mowa w ust. 3, wypłacane są na zasadach przyjętych dla wypłaty renty i kapitału końcowego.

SJ/OWU006/0907

5. Wraz z wartością wykupu wypłacana jest wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa (o ile wartość ta istnieje).

XV. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

PRZESŁANKI PRZEKSZTAŁCENIA I WARUNKI UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO

§ 33

1. Do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, z mocą obowiązującą na pierwszy dzień zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych, dochodzi przy jednoczesnym wystąpieniu wszystkich poniższych okoliczności:

1) wyłącznie w okresie składkowym,

2) najwcześniej w dniu drugiej rocznicy polisy,

3) jeżeli wartość wykupu istnieje ,

4) jeżeli do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie doszło w przeszłości,

5) jeżeli wartość renty ustalona dla ubezpieczenia bezskładkowego osiąga wartość minimalną, o której mowa w § 28,

6) jeżeli miała miejsce zaległość w opłacie składek ubezpieczeniowych, określona w § 14 ust. 1 pkt 1.

2. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest również możliwe na wniosek Ubezpieczającego. Do przekształcenia dojdzie w dacie wskazanej przez Ubezpieczającego, o ile za okres, w którym miałyby obowiązywać ubezpieczenie bezskładkowe, nie opłacono składki ubezpieczeniowej i wystąpiły wszystkie okoliczności wymienione w ust. 1 pkt 1-5.

3. Po przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczyciel określa nową wysokość renty, uwzględniając gwarantowaną stopę procentową, sumę dotychczas opłaconych składek ubezpieczeniowych, wiek i płeć Ubezpieczonego oraz długość okresu do daty nabycia uprawnień rentowych.

4. Po przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe ustaje obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, a okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie ulega skróceniu.

5. W czasie trwania ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku oraz do wypłaty wartości wykupu.

6. W przypadku wypłaty wartości wykupu, gdy wartość wykupu jest wyższa bądź równa sumie ubezpieczenia, o której mowa w § 11 ust. 2 pkt 1, stosuje się odpowiednio postanowienia § 32.

7. Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie opłacania składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczającego na zaproponowanych przez Ubezpieczyciela warunkach, jeżeli nie minął okres dwóch lat od daty przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

8. Z datą przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe kończy się odpowiedzialność Ubezpieczyciela przysługująca z tytułu zawartych umów dodatkowych.

XVI. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 34

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie obejmowania go odpowiedzialnością Ubezpieczyciela przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-9, chyba że osoba ta 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. Jeżeli niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.
5. Jeżeli 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. 2 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.
7. Jeżeli 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, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,
 - 3) rodzicom – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.
8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje 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 wpłynięcia do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 35

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie obejmowania go odpowiedzialnością Ubezpieczyciela osoba, której przysługuje świadczenie, zobowiązana jest 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,
2. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1, jeśli będzie to konieczne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt osoby, której przysługuje świadczenie.
4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt osoby, której przysługuje świadczenie i w takiej formie przedłożone Ubezpieczycielowi.

OBOWIĄZEK INFORMOWANIA UBEZPIECZYCIELA

§ 36

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, powinno nastąpić w nieprzekraczalnym 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 lub 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).

TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 37

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, 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.

XVII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

TRYB SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI

§ 38

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy ubezpieczenia zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia 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.

INFORMOWANIE O POSTANOWIENIACH ZAWARTEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 39

Ubezpieczony może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ WRAZ ZE ŚWIADCZENIEM UBEZPIECZENIOWYM

§ 40

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.

ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

§ 41

1. Ubezpieczający może wystąpić do Ubezpieczyciela z wnioskiem o dokonanie zmian w postanowieniach umowy ubezpieczenia, odbiegających od niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Zmiana warunków ubezpieczenia na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokonywana będzie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem pokrycia przez Ubezpieczającego kosztów dokonania wnioskowanych zmian.

CESJA PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 42

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.

WYSTAWIENIE DUPLIKATU POLISY

§ 43

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 staje się nieważny, co potwierdzone zostaje na duplikacie.

ROZLICZENIA, PODATKI I OPŁATY

§ 44

1. Wszelkie rozliczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych, inkasowanie składek ubezpieczeniowych, dokonywane są w złotych polskich.
2. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
3. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
4. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel wskazuje w dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

§ 45

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.

POSTANOWIENIA UMÓW DODATKOWYCH

§ 46

1. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych przewidywanych przez Ubezpieczyciela jako uzupełnienie umowy ubezpieczenia.
2. Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowy dodatkowe (stanowiące uzupełnienie umowy ubezpieczenia), mogą zawierać postanowienia odmienne od postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

SPRAWY NIEUREGULOWANE

§ 47

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.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 49

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika po przesłaniu ich drogą pisemną 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, lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

§ 49

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia 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 ONW

KOD: ONW 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ONW, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „Sjesta”, 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 określonym w umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe, 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczenia 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 odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na zasadach 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. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym objęty zostanie ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 46. roku życia.

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, określoną w umowie głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż z dniem rozwiązania umowy głównej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej, powoduje jednocześnie przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 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 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)–4) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
- 4) z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, wskazanym w umowie głównej.

V. SKŁADKA

§ 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 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.

2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 12 ust. 1, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 12

1. W przypadku gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed datą nabycia uprawnień rentowych Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia – będącej sumą wszystkich opłaconych oraz wszystkich pozostałych do opłacenia należnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy głównej i wszystkich zawartych 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 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 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 wirusem HIV bądź pochodnymi,
- 12) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
- 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
- 14) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
- 15) prowadzenia 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 ubezpieczeniowym.

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 z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują 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 OKM

KOD: OKM 01/07

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 OKM, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „Sjesta”, zwanej dalej „umową główną”, oraz umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ONW, zwanej dalej „umową dodatkową Typ ONW”.

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 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 „pojazdu” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami o ruchu drogowym; pojazdem poruszającym się po drodze jest również tramwaj poruszający się po drodze),

2) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), 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, niezależnie 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 ubezpieczeniowego 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 ONW.

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

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 46. roku życia.

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, określoną w umowie głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż z dniem rozwiązania umowy głównej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej, powoduje jednocześnie przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 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 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 lub umowy dodatkowej Typ ONW 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)–4) niniejszego paragrafu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
 - 4) z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, wskazanym w umowie głównej.

V. SKŁADKA

§ 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 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.
2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 12 ust. 1, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej

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

§ 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym przed datą nabycia uprawnień rentowych Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty 50% sumy ubezpieczenia – będącej sumą wszystkich opłaconych oraz wszystkich pozostałych do opłacenia należnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy głównej i wszystkich zawartych 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 wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zdarzył się w czasie trwania umowy, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni od daty 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 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 wirusem HIV bądź pochodnymi,
 - 12) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
 - 14) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
 - 15) prowadzenia 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 ubezpieczeniowym.

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 z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU TYP OTI

KOD: OTI 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowę Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ OTI, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „Sjesta”, 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 określonym w umowie dodatkowej są następstwa nieszczęśliwego wypadku, określonego w ust. 4.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo 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 nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku nastąpiło trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego 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 oraz § 14 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 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. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

§ 7

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 46. roku życia.

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, określoną w umowie głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż z dniem rozwiązania umowy głównej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej, powoduje jednocześnie przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 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 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)–4) 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) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 100% sumy ubezpieczenia,
 - b) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem więcej niż jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 200% sumy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
 - 4) z dniem poprzedzającym datę nabycia uprawnień rentowych, wskazaną w umowie głównej.

V. SKŁADKA

§ 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 oceny 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.
2. Wypłata świadczeń skutkująca zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 5 pkt 2, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 12

1. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 13, określony poniżej procent sumy ubezpieczenia – będącej sumą wszystkich opłaconych oraz pozostałych do opłacenia należnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy głównej i wszystkich zawartych umów dodatkowych:

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) wężu	10%

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania umowy, a trwałe inwalidztwo wystąpiło przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. 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 § 12, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3–7.
3. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia, z tym że świadczenie z tytułu następstw jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w § 12 procent sumy ubezpieczenia pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego.
5. Ubezpieczyciel wypłaci zawsze świadczenie w wysokości określonego w § 12 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).
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło 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 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 wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 9) działania 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 wirusem HIV bądź pochodnymi,
 - 12) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
 - 14) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
 - 15) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego zostało spowodowane:
- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca lub udarem mózgu,
 - 2) infekcją, 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 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 ubezpieczeniowym.
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

§ 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 z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują 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 OZS

KOD: OZS 01/07

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 OZS, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Rentowego „Sjesta”, 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. 1 i 2, po upływie okresu wskazanego w ust. 2.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

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

§ 4

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

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej

od poddania się przez Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Ubezpiezonego w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpiezonego, 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 umowy dodatkowej. Data zawarcia umowy dodatkowej jest zgodna 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 Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 46. roku życia.

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się z datą zakończenia okresu składkowego, określonego w umowie głównej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się nie później niż z dniem rozwiązania umowy głównej.

3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych składek ubezpieczeniowych, skutkujące przywróceniem

ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej, powoduje jednocześnie przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 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 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) i 3) niniejszego paragrafu.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
- 3) z dniem zakończenia okresu składkowego wskazanego w umowie głównej.

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 zobowiązany 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 zobowiązany był wykonać badania lekarskie, składki ubezpieczeniowe stają się ponownie wymagalne.

3. Ubezpieczyciel nie ma prawa wymagać zaświadczeń określonych w ust. 1 oraz wykonania badań lekarskich, o których mowa 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 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.

§ 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 i innych umów dodatkowych, nie dłużej jednak niż do końca okresu składkowego.

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 kolejnych 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 ubezpieczenia lub innych umów dodatkowych zostają we wskazanym w ust. 1 okresie zachowane, 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 indeksacji, 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 zarobkowej 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 oraz 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 Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

- 8) epidemii lub infekcji spowodowanej katastrofą naturalną,

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

- 10) działania 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 oraz niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków przez Ubezpieczonego,

- 12) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,

- 13) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,

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

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

- 16) prowadzenia 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 ubezpieczeniowym.

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

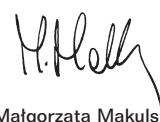
Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

