

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz

KOD: HF 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz, zwane dalej umowami ubezpieczenia.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów szczegółowo określonych w treści niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:

- 1) wariant gwarantowany,
- 2) wariant inwestycyjny.

3. Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odnoszą się do obu wariantów określonych w ust. 2, chyba że treść danego postanowienia stanowi inaczej.

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

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **alokacja środków** - podział części składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej przeznaczanej na zakup jednostek uczestnictwa, pomiędzy poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe,
- 2) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,
- 3) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- 4) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel umarza jednostki uczestnictwa z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa,
- 5) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel przekazuje jednostki uczestnictwa na Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa,
- 6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** - pierwszy dzień okresu, za który opłacana jest należna regularna składka ubezpieczeniowa,

7) Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa -

wyodrębniony rachunek tworzony przez Ubezpieczyciela dla umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,

8) **jednorazowa składka ubezpieczeniowa** - składka, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, płacona przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ochrony ubezpieczeniowej,

9) **jednostka uczestnictwa** - część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach netto,

10) **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),

11) **ochrona ubezpieczeniowa** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,

12) **Ogólne Warunki Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej** - dokument określający zasady udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, dołączany do wniosku o ubezpieczenie na życie,

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

14) **regularna składka ubezpieczeniowa** - składka ubezpieczeniowa opłacana cyklicznie przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,

15) **rocznica polisy** - każda rocznica pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa,

16) **składka ubezpieczeniowa** - kwota opłacana przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, przeznaczana, na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na nabycie Jednostek Uczestnictwa; niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia ustalają dwa rodzaje składek ubezpieczeniowych, w zależności od sposobu ich opłacania: regularna składka ubezpieczeniowa albo jednorazowa składka ubezpieczeniowa,

17) **składka za ryzyko** - pobierana z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa i ustalana zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, składka na pokrycie ryzyka związanego z objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych (o ile zostały zawarte),

18) 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”),

19) **suma na ryzyku** - różnica pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością polisy,

20) **suma ubezpieczenia** - świadczenie ubezpieczeniowe, wskazane w umowie ubezpieczenia, wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego,

21) **Ubezpieczający** - podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem,

22) **ubezpieczenie bezskładkowe** - ubezpieczenie bez obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczającego, obowiązujące w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,

23) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** - wydzielony fundusz aktywów tworzony z części składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia; szczegółowe zasady funkcjonowania Funduszu określone zostały w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA oraz Strategiach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA,

24) **Ubezpieczony** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na własny rachunek Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,

25) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA,

26) **umowy dodatkowe** - umowy ubezpieczeń dodatkowych, które mogą być dołączane do umowy ubezpieczenia, stanowiąc jej integralną część,

27) **wartość polisy** - kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu ich wyceny; Ubezpieczyciel przekazuje informację o wysokości wartości polisy w zawiadomieniu wystosowanym do Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego (o ile jest on inną osobą niż Ubezpieczający), nie rzadziej niż raz w roku,

28) **wartość wykupu** - wartość polisy pomniejszona o opłatę likwidacyjną, wypłacana w przypadkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,

29) **wiek emerytalny** - wiek osiągnięty przez Ubezpieczonego, w którym prawo do wypłaty wartości wykupu przenoszone jest z Ubezpieczającego na Ubezpieczonego; przyjmuje się, że dla kobiet wiek ten wynosi 60 lat, dla mężczyzn 65 lat, o ile Ubezpieczający nie dokona jego zmiany,

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

31) **wskaźnik ochrony maksymalnej** - parametr zależny od wieku i płci Ubezpieczonego oraz liczby zawieranych umów dodatkowych, wykorzystywany do określenia najwyższej sumy ubezpieczenia, z jaką możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia przy

uwzględnieniu typu składki ubezpieczeniowej, jej wysokości i częstotliwości opłacania (w przypadku regularnej składki ubezpieczeniowej),

32) **wskaźnik ochrony minimalnej** - parametr zależny od wieku i płci Ubezpieczonego, wykorzystywany do określenia najniższej sumy ubezpieczenia, z jaką możliwe jest zawarcie umowy ubezpieczenia przy uwzględnieniu typu składki ubezpieczeniowej, jej wysokości i częstotliwości opłacania (w przypadku regularnej składki ubezpieczeniowej),

33) **wskaźnik śmiertelności** - parametr zależny od wieku i płci Ubezpieczonego oraz roku trwania ubezpieczenia, określający prawdopodobieństwo wystąpienia śmierci Ubezpieczonego w okresie roku kalendarzowego - wskazany w tablicach trwania życia stosowanych przez Ubezpieczyciela; tablice trwania życia, o których mowa w zdaniu poprzednim aktualne na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązują w całym okresie ubezpieczenia,

34) **wskaźnik zapadalności** - parametr określający prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń losowych określonych w umowach dodatkowych.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

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

§ 5

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

§ 6

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dowodów medycznych (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych, itp.), świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.

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

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

§ 7

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie na życie lub innej dokumentacji wskazanej w § 6 ust. 1 i 2.

2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego lub innych zdarzeń losowych z tytułu umów dodatkowych (o ile o zawarcie takich umów wystąpił Ubezpieczający) w związku między innymi ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

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

§ 8

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

1) Ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o ubezpieczenie na życie, o którym mowa w § 4 ust. 1,

2) Ubezpieczający dokonał wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

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

3. Otwarcie Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa następuje w dniu najbliższej wyceny przypadającej po dniu, w którym spełnione zostały łącznie warunki określone w ust. 1.

§ 9

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

§ 10

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

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

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

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony, z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonych 61 lat życia.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest bezterminowo.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

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 ubezpieczenia, 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 wypowiedzenia.

3. W przypadku złożenia wypowiedzenia w myśl postanowień ust. 2 Ubezpieczającemu albo Ubezpieczonemu (po osiągnięciu przez niego wieku emerytalnego) przysługuje prawo otrzymania wartości wykupu, jeżeli wartość ta może zostać wypłacona, zgodnie z treścią postanowień § 28.

4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 punkty 3 - 4.

5. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:

1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, 2 i 4 oraz § 28 ust. 5,

2) po upływie okresu dopuszczalnej zaległości w opłacie regularnej składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 19 ust. 6,

3) z dniem śmierci Ubezpieczonego,

4) pierwszego dnia miesiąca, w którym wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu, z zastrzeżeniem postanowień § 35.

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

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 13

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku o ubezpieczenie na życie albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności mu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy

ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

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

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

§ 14

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

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZycIELA

§ 15

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 oraz ust. 4, zobowiązany jest do wypłaty świadczenia określonego w ust. 2.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, osobie uprawnionej określonej w § 29 ust. 1, zostanie wypłacona suma ubezpieczenia lub wartość polisy w zależności od tego, która z tych dwóch wartości jest wyższa. Wartość polisy wypłacana w przypadku śmierci Ubezpieczonego jest ustalana w oparciu o wycenę jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny przed zatwierdzeniem przez Ubezpieczyciela wypłaty, w myśl postanowień § 32.

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

4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości wartości polisy (o ile wartość ta istnieje), a nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała w następstwie:

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

VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 16

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia określa Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie na życie, przy

czym wysokość sumy ubezpieczenia nie może być:

1) niższa od iloczynu składki ubezpieczeniowej, częstotliwości jej opłacania oraz wskaźnika ochrony minimalnej,

2) wyższa od iloczynu składki ubezpieczeniowej, częstotliwości jej opłacania oraz wskaźnika ochrony maksymalnej.

2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 ust. 3, powodującego pobieranie zwiększonej składki za ryzyko z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych (o ile zostały zawarte) Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej lub obniżenia sumy ubezpieczenia, w porównaniu z odpowiednimi kwotami określonymi przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

§ 17

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

2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 18

1. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie regularnych składek ubezpieczeniowych (z częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną) albo jednorazowej składki ubezpieczeniowej, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego wskazaną we wniosku o ubezpieczenie na życie.

2. Ubezpieczający może w każdą rocznicę polisy zmienić częstotliwość opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej, w trybie ustalonym w § 39 ust. 4.

§ 19

1. W dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie, Ubezpieczający zobowiązany jest do dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

2. Wszystkie kolejne regularne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane z góry, do daty z którą stają się one wymagalne.

3. Regularna składka ubezpieczeniowa staje się wymagalna z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczyna się okres, za który składka jest opłacana.

4. W przypadku nieopłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej w okresie 30 dni od daty wymagalności, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego ze wskazaniem dodatkowego terminu zapłaty i skutku nieopłacenia tej należności w postaci: przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe (jeżeli jest możliwe zgodnie z postanowieniami § 34) lub uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności.

5. Ubezpieczyciel udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej w okresie pierwszych 30 dni zaległości w opłacie regularnej składki ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczenie nie może zostać przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe na zasadach określonych w § 34.

6. W przypadku, gdy ubezpieczenie nie może zostać przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe a zaległa regularna składka

ubezpieczeniowa nie została opłacona w okresie 30 dni od daty wymagalności - ochrona ubezpieczeniowa ustaje począwszy od pierwszego dnia okresu, za który nie uiszczono tej zaległej składki. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie zaległe składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą rozwiązania umowy ubezpieczenia, w trybie określonym w ust. 4.

7. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela i została przez niego zweryfikowana.

8. Okres weryfikacji, o którym mowa w ust. 7 oraz § 20 ust. 5 nie może być dłuższy niż 5 dni roboczych od daty wpływu składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

§ 20

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych.

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

3. Wpłaty dodatkowe są przeznaczane odpowiednio na nabycie jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych, w myśl postanowień § 23, pod warunkiem oznaczenia wpłacanej kwoty jako wpłaty dodatkowej.

4. Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

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

VIII. ZMIANY SUMY UBEZPIECZENIA I REGULARNEJ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 21

1. Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu podwyższenia w rocznicę polisy sumy ubezpieczenia oraz regularnej składki ubezpieczeniowej o tzw. wskaźnik indeksacji, bez poddawania się przez Ubezpiezonego dodatkowym badaniom lekarskim (indeksacja).

2. W przypadku podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel przekaze Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu pisemną propozycję nowej wysokości sumy ubezpieczenia oraz regularnej składki ubezpieczeniowej, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.

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 Ubezpiezonego - w terminie wskazanym poniżej w ust. 5, na propozycję, o której mowa w ust. 2, traktowany jest jako ich zgoda na podwyższenie sumy ubezpieczenia i regularnej składki ubezpieczeniowej.

5. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony nie wyrażą zgody na indeksację, są oni zobowiązani poinformować Ubezpieczyciela na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.

6. Indeksacja nie jest możliwa, jeżeli:

- 1) Ubezpieczyciel przejął obowiązek opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ FOS,
- 2) Ubezpieczający nie wyraził zgody na indeksację, w dwóch kolejnych następujących po sobie rocznicach polisy, w których Ubezpieczyciel zaproponował Ubezpieczającemu indeksację,
- 3) Ubezpieczenie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe na zasadach określonych w § 34.

§ 22

1. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpiezonego, w każdą rocznicę polisy Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na obniżenie lub dodatkowe podwyższenie sumy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie w takiej sytuacji możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia z odpowiednim zastosowaniem postanowień § 6 i § 7.

2. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczającego, może dodatkowo podwyższyć regularną składkę ubezpieczeniową bez podwyższania sumy ubezpieczenia.

IX. KOSZTY I OPŁATY

§ 23

1. Składki ubezpieczeniowe oraz wpłaty dodatkowe pomniejszane są o opłatę początkową określoną w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Kwota, pozostająca po pomniejszeniu składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej o opłatę początkową, przeznaczana jest na nabycie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 24

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera, w sposób określony poniżej w ust. 3:

1) składkę za ryzyko z tytułu obejmowania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową (wraz ze składką za ryzyko z tytułu umowy ubezpieczenia pobierane są opłaty za ryzyko z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostały zawarte), wyliczaną zgodnie z treścią ust. 5 poniżej,

2) opłatę administracyjną z tytułu bieżących kosztów administrowania Indywidualnym Rachunkiem Jednostek Uczestnictwa.

2. Poza składką i opłatą określonymi w ust. 1, Ubezpieczycielowi przysługuje również prawo pobrania opłat manipulacyjnych z tytułu:

- 1) zmiany umowy ubezpieczenia zawartej w wariancie gwarantowanym na umowę ubezpieczenia w wariancie inwestycyjnym, zgodnie z postanowieniami § 38 ust. 1,
- 2) zmiany umowy ubezpieczenia zawartej w wariancie inwestycyjnym na umowę ubezpieczenia w wariancie gwarantowanym, zgodnie z postanowieniami § 38 ust. 2,

3) przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe w okresie do drugiej rocznicy polisy,

4) 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.

3. Składka, o której mowa w ust. 1 oraz opłaty określone w ust. 2 pobierane są z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych znajdujących się 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 składki za ryzyko lub opłat wskazanych powyżej.

4. Jednostki uczestnictwa, określone w ust. 3, są umarzane z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa proporcjonalnie do udziału w wartości polisy każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

5. Składka za ryzyko z tytułu umowy ubezpieczenia ustalana jest co miesiąc i stanowi iloczyn: sumy na ryzyko oraz miesięcznego wskaźnika śmiertelności. Ubezpieczycielowi, w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia miesięcznego wskaźnika śmiertelności.

§ 25

1. Przy ustalaniu wartości wykupu Ubezpieczyciel stosuje opłatę likwidacyjną. Wysokość opłaty likwidacyjnej jest różna w kolejnych latach, licząc od dnia otwarcia Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

2. Opłata likwidacyjna pomniejsza kwotę wartości polisy, uzyskaną po umorzeniu jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

§ 26

1. Wysokość opłat, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 2, § 24 ust. 2 oraz § 25 ust. 1 określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Zmiana wysokości opłat, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 2 oraz § 25 ust. 2 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.

§ 27

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 zgromadzonych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

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

X. WARTOŚĆ WYKUPU

§ 28

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 wartość wykupu może zostać wypłacona na wniosek Ubezpieczającego:

1) w każdym czasie - w umowie ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową,

2) najwcześniej po drugiej rocznicy polisy - w umowie ubezpieczenia z regularną składką ubezpieczeniową.

2. Wartość wykupu nie przysługuje, jeżeli umowa ubezpieczenia z regularną składką ubezpieczeniową rozwiązana zostanie przed drugą rocznicą polisy.

3. W przypadku osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego, prawo do wypłaty wartości wykupu przysługuje Ubezpieczonemu.

4. Wartość wykupu jest ustalana w oparciu o cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny przed dniem zatwierdzenia przez Ubezpieczyciela do wypłaty danej wartości wykupu lub wartości polisy.

5. Wypłata wartości wykupu na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z dniem dokonania wypłaty wymienionych powyżej świadczeń ubezpieczeniowych.

6. W umowie ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wypłatę części wartości wykupu na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

7. Dokonanie wypłaty części wartości wykupu będzie możliwe, o ile na dzień określony w ust. 4:

1) wartość środków, jakie pozostaną na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa, stanowić będzie co najmniej 10% wartości polisy w tym dniu,

2) kwota wypłaconego świadczenia nie będzie niższa niż 5% wartości polisy w tym dniu.

8. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do wypłaty części wartości wykupu określonej w ust. 7.

XI. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 29

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje beneficjentowi lub innej 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. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.
6. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:
- 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach,
 - 3) rodzicom - w równych częściach,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w równych częściach.
8. W każdym czasie 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.

§ 30

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

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

§ 31

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia z tytułu którego może zostać wypłacone należne świadczenie. Ubezpieczony informuje Ubezpieczyciela o okolicznościach i skutkach, istotnych dla ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Spełnienie obowiązku, o którym mowa w zdaniach poprzednich winno nastąpić w terminie 3 miesięcy od daty zaistnienia zdarzenia.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie (w tym także odmówić wypłaty świadczenia), jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia zakresu roszczenia lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

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

§ 32

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe, określone w § 15 lub § 28, 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.

XII. FORMY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

§ 33

1. Świadczenia ubezpieczeniowe, należne na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, wypłacane są w formie jednorazowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe należne od Ubezpieczyciela mogą zostać wypłacone w formie i na warunkach ubezpieczenia rentowego znajdującego się w ofercie Ubezpieczyciela w dniu wypłaty świadczenia.
3. W przypadku wypłaty wartości wykupu w formie renty, Ubezpieczyciel odstąpi od pobierania opłaty likwidacyjnej.

XIII. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 34

1. W przypadku niezapłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w myśl postanowień § 19, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, po 30 dniach od daty wymagalności regularnej składki ubezpieczeniowej, ubezpieczenie zostaje przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe, z datą wymagalności składki.
2. W przypadku nieopłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w myśl postanowień § 19 w okresie 30 dni od daty wymagalności składki, jeżeli odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy trwa krócej niż 2 lata i o ile wartość polisy w dniu wymagalności składki jest niższa od wartości minimalnej, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z dniem wymagalności składki ubezpieczeniowej.
3. Wartość minimalna, o której mowa w ust. 2 określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
4. W okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego każdego miesiąca z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odliczane są jednostki uczestnictwa na pokrycie opłat wskazanych w § 24 ust. 1.
5. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa pierwszego dnia tego miesiąca a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się.

6. W okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty wartości wykupu.
7. Prawo określone w ust. 6 nie przysługuje Ubezpieczającemu przed dniem drugiej rocznicy polisy.
8. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe ochrona ubezpieczeniowa przysługująca z tytułu zawartych umów dodatkowych nie wygasa, chyba że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowy dodatkowe stanowią inaczej.
9. W razie przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczającemu przysługuje prawo do opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o ile od daty przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie upłynął okres dłuższy niż 24 miesiące.

XIV. UMOWA UBEZPIECZENIA W WARIANCIE GWARANTOWANYM

§ 35

1. W umowie ubezpieczenia zawartej w wariancie gwarantowanym Ubezpieczyciel zapewnia utrzymanie sumy ubezpieczenia, przez okres pierwszych 20 lat ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie dłużej niż do daty osiągnięcia przez Ubezpieczonego 75 roku życia i pod warunkiem nieprzerwanego opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych.
2. Przerwa w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych powoduje zmianę wariantu umowy z gwarantowanego na inwestycyjny.
3. Wraz z końcem okresu gwarancji umowa ubezpieczenia przekształca się w umowę ubezpieczenia w wariancie inwestycyjnym.

§ 36

1. Dla umów ubezpieczenia zawartych w wariancie gwarantowanym regularna składka ubezpieczeniowa oraz wpłaty dodatkowe, pomniejszone o opłaty początkowe, przeznaczone są na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego wskazanego przez Ubezpieczyciela, który posiada gwarancję wartości jednostki uczestnictwa określonej w Strategiach.
2. Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia w wariancie gwarantowanym nie przysługuje prawo konwersji jednostek uczestnictwa, o której mowa w Regulaminie.

XV. UMOWA UBEZPIECZENIA W WARIANCIE INWESTYCYJNYM

§ 37

1. W umowie ubezpieczenia zawartej w wariancie inwestycyjnym Ubezpieczający ma prawo do nabywania jednostek uczestnictwa wszystkich Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych określonych w Strategiach.
2. Zmiana alokacji środków w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych jest dokonywana przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w Regulaminie.
3. Ubezpieczającemu, który zawarł umowę ubezpieczenia ze składką regularną w wariancie inwestycyjnym, przed dniem drugiej rocznicy

polisy, nie przysługuje prawo konwersji jednostek uczestnictwa, o której mowa w Regulaminie.

XVI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 38

1. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel dokona zmiany umowy ubezpieczenia zawartej w wariancie gwarantowanym na umowę ubezpieczenia w wariancie inwestycyjnym.
2. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może dokonać zmiany umowy ubezpieczenia zawartej w wariancie inwestycyjnym na umowę ubezpieczenia w wariancie gwarantowanym. Ubezpieczyciel zastrzega sobie w takiej sytuacji możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia z odpowiednim zastosowaniem postanowień § 6 i § 7.

§ 39

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane pod ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, pod numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.
4. Za wyjątkiem indeksacji, o której mowa w § 21, wnioski Ubezpieczającego inicjujące przeprowadzenie jednej z operacji określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, jako możliwe do wykonania wyłącznie w rocznicę polisy, powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela najpóźniej na 30 dni przed datą rocznicy polisy.

§ 40

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

§ 41

Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki za ryzyko za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi jest wypłacana łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym.

§ 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.

§ 43

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

§ 44

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wskazuje w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 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.

§ 46

Ogólne Warunki Ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowy dodatkowe (stanowiące uzupełnienie umowy ubezpieczenia), mogą zawierać postanowienia odmienne od postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 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.

§ 48

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 pod 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 pod 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 sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 49

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 10 sierpnia 2007 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 FNW

KOD: FNW 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 FNW, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz, zwanej dalej umową główną.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli składki ubezpieczeniowe z tytułu umowy głównej nie są wymagalne.
4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

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

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych, itp.), świadczącej o stanie zdrowia

Ubezpieczonego oraz innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 5

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

§ 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej, pod warunkiem pobrania składki za ryzyko, o której mowa w § 11. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.
3. W sytuacji, gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej, jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania tego wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:
 - 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
 - 2) pobrania przez Ubezpieczyciela składki za ryzyko, o której mowa w § 11.

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonego 61 roku życia.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

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.

§ 9

1. Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana z datą śmierci Ubezpieczonego.

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

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

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej kończy się w dacie rozwiązania tej umowy.

2. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z rozwiązania umowy dodatkowej, w myśl postanowień § 9 ust. 2, nastąpi z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.

V. SKŁADKA ZA RYZYKO

§ 11

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odpowiednią liczbę jednostek uczestnictwa na pokrycie składki za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej.

2. Składka za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej stanowi iloczyn świadczenia określonego w § 13 ust. 1 oraz miesięcznego wskaźnika zapadalności. Ubezpieczycielowi w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia wskaźnika zapadalności.

3. Odliczanie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na zasadach określonych w umowie głównej.

§ 12

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

2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 13 ust. 1 oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 13

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 14.

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

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania tej 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: 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 została spowodowana:
- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, 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

§ 15

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, zgodnie z oświadczeniem Ubezpieczonego składanym we wniosku o ubezpieczenie na życie.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. 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.

§ 17

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 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 Wypadku w Ruchu Lądowym, Wodnym lub Powietrznym Typ FKM

KOD: FKM 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 Wypadku w Ruchu Lądowym, Wodnym lub Powietrznym Typ FKM, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz, zwanej dalej umową główną oraz Umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Nieszczęśliwego Wskutek Wypadku Typ FNW, zwanej dalej umową dodatkową Typ FNW.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli składki ubezpieczeniowe z tytułu umowy głównej nie są wymagalne.
4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek 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 (pojęcie „pojazd” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj poruszający się po drodze),
 - 2) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (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 nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

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

§ 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 wskutek 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 umowy ubezpieczenia. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej, pod warunkiem pobrania składki za ryzyko, o której mowa w § 11. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.

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

- 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
- 2) pobrania przez Ubezpieczyciela składki za ryzyko, o której mowa w § 11.

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonego 61 roku życia.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

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.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana z datą śmierci Ubezpieczonego.

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

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

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej kończy się w dacie rozwiązania tej umowy.

2. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z rozwiązania umowy dodatkowej, w myśl postanowień § 9 ust. 2, nastąpi z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej lub umowy dodatkowej Typ FNW.

VI. SKŁADKA ZA RYZYKO

§ 11

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odpowiednią liczbę jednostek uczestnictwa na pokrycie składki za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej.

2. Składka za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej stanowi iloczyn świadczenia określonego w § 13 ust. 1 oraz miesięcznego wskaźnika zapadalności. Ubezpieczycielowi w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia wskaźnika zapadalności.

3. Odliczanie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na zasadach określonych w umowie głównej.

§ 12

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

2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 13 ust. 1 oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

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

§ 13

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobom uprawnionym, określonym w ust. 2, 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, z tym że nie więcej niż kwota okresowo określana przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień § 14.

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

VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia zostanie wypłacone, jeżeli wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zdarzył się w czasie trwania przedmiotowej 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 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, 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.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 15

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, zgodnie z oświadczeniem Ubezpieczonego składanym we wniosku o ubezpieczenie na życie.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. 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.

§ 17

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 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 Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ FNP

KOD: FNP 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ FNP, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz, zwanej dalej umową główną.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli składki ubezpieczeniowe z tytułu umowy głównej nie są wymagalne.
4. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie tożsame z terminami określonymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej są następstwa nieszczęśliwego wypadku, określonego w ust. 6.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego lub całkowitą trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:
 - 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad poszczególnymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
 - 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.
4. Za całkowitą trwałą niezdolność do pracy, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwającą co najmniej przez okres 12 miesięcy.
5. Całkowita trwałą niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na

podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.

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

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3

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

§ 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego 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 trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w związku m. in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia 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 nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem pobrania składki za ryzyko, o której mowa w § 11. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.
3. W sytuacji, gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej, jest składany po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania tego wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:
 - 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
 - 2) pobrania przez Ubezpieczyciela składki za ryzyko, o której mowa w § 11.

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonego 61 roku życia.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy 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 jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9

1. Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji dotyczącej uznania:
 - 1) Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy zgodnie z postanowieniami w § 2 ust. 4,

2) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 100% sumy ubezpieczenia,

3) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem więcej niż jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 200% sumy ubezpieczenia.

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

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

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej kończy się w dacie rozwiązania tej umowy.
2. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z rozwiązania umowy dodatkowej, w myśl postanowień § 9 ust. 2, nastąpi z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.

V. SKŁADKA ZA RYZYKO

§ 11

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odpowiednią liczbę jednostek uczestnictwa na pokrycie składki za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej.
2. Składka za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej stanowi iloczyn świadczenia określonego w § 13 oraz miesięcznego wskaźnika zapadalności. Ubezpieczycielowi w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa wystąpienia trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia wskaźnika zapadalności.
3. Odliczanie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na zasadach określonych w umowie głównej.

§ 12

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej składki za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczeń skutkująca zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 1, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

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

§ 13

W przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci

Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, z zastrzeżeniem postanowień § 15.

§ 14

W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 15, ustalony poniżej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej:

CAŁKOWITA FIZYCZNA UTRATA LUB CAŁKOWITA I TRWAŁA UTRATA WŁADZY NAD POSZCZEGÓLNYMI NARZĄDAMI	% SUMY UBEZPIECZENIA
kończyną górną - w stawie barkowym	70%
kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%
kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
kończyną dolną - stopą	40%
kończyną dolną - stopą z wylęczeniem pięty	30%

CAŁKOWITA FIZYCZNA UTRATA	% SUMY UBEZPIECZENIA
kciuka	15%
palca wskazującego	10%
innego palca u ręki	5%
palucha	5%
innego palca u stopy	2%

CAŁKOWITA UTRATA	% SUMY UBEZPIECZENIA
wzroku w obu oczach	100%
wzroku w jednym oku	50%
słuchu w obu uszach	60%
słuchu w jednym uchu	30%
węchu	10%

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 15

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

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

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

przysługuje, jeżeli Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

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

W pozostałych przypadkach, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia.

5. W przypadku, gdy trwałe inwalidztwo Ubezpiezonego, 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 § 14, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu.

6. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w § 14 nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, z tym że świadczenie z tytułu następstw jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczyciel wypłaci zawsze świadczenie w wysokości określonego w § 14 procentu sumy ubezpieczenia, pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia, jeżeli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy:

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

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

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

- 1) udziału Ubezpiezonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału Ubezpiezonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpiezonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek całkowitej trwałej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa Ubezpiezonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) czynnego udziału Ubezpiezonego 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.

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

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

§ 16

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

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

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

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

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

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.

2. 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.

§ 18

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 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 Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ FOS

KOD: FOS 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 FOS, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz z regularną składką ubezpieczeniową, 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 Ubezpieczonego do pracy, będącą następstwem choroby lub uszkodzenia ciała, a trwającą co najmniej 6 miesięcy od daty jej powstania.
3. Całkowita niezdolność Ubezpieczającego do pracy zarobkowej oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczającego jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.
4. Określenie całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy następuje na podstawie dokumentacji i wyników badań lekarskich, o których mowa w § 11 ust. 1 i 2, po upływie okresu wskazanego w ust. 2.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od 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, § 11 ust. 2 oraz § 12 ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 5

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy dodatkowej, dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w związku m. in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia 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 jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 51 roku życia.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni a w przypadku, gdy Ubezpieczającym

jest przedsiębiorca - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy 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.

§ 9

1. W przypadku rozwiązania umowy głównej, umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczający kończy 65 lat, niezależnie od tego czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie,
 - 2) z datą przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej.

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej kończy się w dacie rozwiązania tej umowy.
2. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z rozwiązania umowy dodatkowej, w myśl postanowień § 9 ust. 1, nastąpi z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 11

1. Ubezpieczony zobowiązany jest do pisemnego poinformowania Ubezpieczyciela o wystąpieniu całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 2.
2. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz przedłożyć wyniki wykonanych przez siebie badań.
3. Wyniki badań lekarskich, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 12

1. W okresie przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 16 ust. 1, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczonego 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, regularne składki ubezpieczeniowe stają się ponownie wymagalne.
2. W okresie przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 16 ust. 1, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo skierowania

Ubezpieczonego na badania lekarskie, w celu stwierdzenia ciągłości całkowitej niezdolności do pracy. Ubezpieczony jest obowiązany poddać się badaniom wymagany przez Ubezpieczyciela. Niedopełnienie przez Ubezpieczonego obowiązku określonego powyżej spowoduje, że ze wskazaną przez Ubezpieczyciela datą, do której Ubezpieczony był zobowiązany wykonać badania lekarskie, regularne 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.

§ 13

1. Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie poinformować Ubezpieczyciela na piśmie o zakończeniu 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 obowiązany do opłacenia wszystkich regularnych składek ubezpieczeniowych powiększonych o odsetki za okres, w którym Ubezpieczyciel przejął obowiązek opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, a w którym Ubezpieczający miał zdolność do wykonywania pracy.

VI. SKŁADKA ZA RYZYKO

§ 14

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odpowiednią liczbę jednostek uczestnictwa na pokrycie składki za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej.
2. Składka za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej stanowi iloczyn umieszczonej regularnej składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej i wszystkich zawartych umów dodatkowych oraz miesięcznego wskaźnika zapadalności. Ubezpieczycielowi w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia wskaźnika zapadalności.
3. Odliczanie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na zasadach określonych w umowie głównej.

§ 15

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

VII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 16

1. Ubezpieczyciel, w okresie całkowitej niezdolności Ubezpieczającego do pracy, przejmie obowiązek opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy głównej oraz innych umów dodatkowych, nie dłużej jednak niż do daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w umowie głównej i umowach dodatkowych.

2. Przejęcie przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych z tytułu całkowitej niezdolności do pracy realizowane jest przez Ubezpieczyciela od najbliższego dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej, przypadającego po uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, jednak nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty powstania tej niezdolności.

3. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych pod warunkiem, iż w dacie rozpoczęcia realizacji świadczenia Ubezpieczający będzie nadal całkowicie niezdolny do pracy.

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

VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 17

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

2. Prawo do podwyższania wysokości regularnej składki ubezpieczeniowej zgodnie ze wskaźnikiem podawanym przez Ubezpieczyciela na zasadach określonych w umowie głównej nie przysługuje Ubezpieczającemu przez okres, w którym Ubezpieczyciel przejął obowiązek opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy dodatkowej.

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

4. Ubezpieczyciel nie przejmie obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, jeżeli całkowita niezdolność Ubezpieczającego do pracy nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak: 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 niezdolności do pracy 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.

IX. REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 18

1. Przy roszczeniu o realizację 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 przyczyn całkowitej 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 Ubezpieczonym sprawowali opiekę lekarską, zgodnie z oświadczeniem Ubezpieczonego składanym we wniosku o ubezpieczenie na życie.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.

2. 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.

§ 20

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 Śliwicky

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Typ FPZ

KOD: FPZ 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Typ FPZ, zwane dalej umowami dodatkowymi.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Hestia Fundusz z regularną składką ubezpieczeniową, 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 są następstwa chorób i nieszczęśliwych wypadków powodujące wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Za poważne zachorowanie uznaje się wystąpienia zdarzenia określonego w § 14 dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, jednak tylko pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres 30 dni od daty tego zdarzenia.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

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

2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy dodatkowej od oddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim, przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarcu 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 poważnego zachorowania u Ubezpieczonego w związku m. in. ze stanem jego zdrowia, 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

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

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym objęty zostanie ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonego 51 roku życia.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony, tj. na 5 lat polisowych i z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. § 10, rozwiązuje się z końcem dnia poprzedzającego dzień 5 rocznicy polisy.
2. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż na miesiąc przed dniem 5 rocznicy polisy, nie poinformuje Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy dodatkowej, umowę uznaje się za przedłużoną na okres kolejnych 5 lat polisowych, jednak na czas nie dłuższy niż do rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego czy odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej pozostaje w mocy po tym terminie.

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

4. W przypadku kolejnych okresów pięcioletnich trwania umowy dodatkowej postanowienia ust. 2 - 3 stosuje się odpowiednio.

§ 9

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

§ 10

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

2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczający kończy 65 lat, niezależnie od tego czy odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej pozostaje w mocy po tym terminie,
- 2) z datą przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
- 3) z datą wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

§ 11

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej kończy się w dacie rozwiązania tej umowy.
2. Zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikające z rozwiązania umowy dodatkowej w myśl postanowień § 10 ust. 1, nastąpi z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.

V. SKŁADKA ZA RYZYKO

§ 12

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa odlicza odpowiednią liczbę jednostek na pokrycie składki za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej.

2. Składka za ryzyko z tytułu umowy dodatkowej stanowi iloczyn świadczenia wskazanego w § 15 ust. 1 oraz miesięcznego wskaźnika zapadalności, przy uwzględnieniu okresu karencji wskazanego w § 16 ust. 1. Ubezpieczycielowi w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 podwyższonego prawdopodobieństwa

wystąpienia poważnego zachorowania, przysługuje prawo do odpowiedniego podwyższenia wskaźnika zapadalności.

3. Odliczanie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na zasadach określonych w umowie głównej.

§ 13

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej składki za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 15 ust. 1 oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. DEFINICJA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 14

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

- 1) **zawał mięśnia sercowego** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy, stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, niewystępujące dotychczas zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla zawału mięśnia sercowego,
 - c) wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK, troponiny).Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone: zawał mięśnia sercowego bez załamek Q (NSTMI) z podwyższonym poziomem troponiny I lub troponiny T oraz inne ostre postacie niewydolności wieńcowej (choroby wieńcowej),
- 2) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-passów)** - wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu - przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza - zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych, z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłonkowej,
- 3) **nowotwór złośliwy** - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek, pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę i złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym, z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu *carcinoma in situ*, w tym dysplazja szyjki macicy,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,

4) **udar mózgu** - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) zawał tkanki mózgowej,
- b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
- c) zator materiałem pozaczaszkowym.

Wymagane jest przedstawienie dowodów na istnienie neurologicznych objawów ubytkowych przez okres dłuższy niż 3 miesiące,

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

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

VII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 15

1. Z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 30% albo 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej, niezależnie od liczby i rodzaju poważnych zachorowań określonych w § 14, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 16

1. W ramach umowy dodatkowej Ubezpieczyciel stosuje okres braku odpowiedzialności (karencja), uwzględniany w wyliczaniu wysokości składki za ryzyko. Karencja obowiązuje przez okres 6 miesięcy, liczony od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
2. Począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do zdarzeń określonych w § 14 pkt 5 i 6.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które wystąpiły (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpiezonego ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, której przedmiotem jest wystąpienie poważnego zachorowania. Operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych przed objęciem Ubezpiezonego odpowiedzialnością z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania wyklucza jednocześnie odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zawału mięśnia sercowego i odwrotnie.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli poważne zachorowanie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) udziału Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpiezonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmierci Ubezpiezonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) czynnego udziału Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego,
- 11) choroby AIDS Ubezpiezonego 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.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony winien przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),
 - 2) *(nie stosuje się na podstawie Aneksu do wszystkich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z dnia 20 kwietnia 2009 r.),*
 - 3) wszelką dokumentację dotyczącą zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania,
 - 4) własny dokument tożsamości - do wglądu,
 - 5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
3. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 4, określające stan zdrowia Ubezpiezonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi

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

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. 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.

§ 19

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

