



Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin

KOD: IK 01/15

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa świadczenia	Numer zapisu wzorca umowy	
	Przesłanki wypłaty świadczeń:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia:
Zgon ubezpieczonego	§ 13 ust. 1	§ 6 ust. 2, § 9 ust. 1-3, § 13 ust. 2
Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 5), 6), § 14, § 15	§ 9 ust. 1-3, § 19
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 6), 18), § 16 ust. 1-10	§ 9 ust. 1-3, § 19
Poważne zachorowanie	§ 2 pkt 6), 9), § 17, § 18 ust. 1-2	§ 9 ust. 1-3, § 18 ust. 3-4, § 19
Leczenia szpitalne	§ 2 pkt 6), 14), §20 ust. 1-10	§ 9 ust. 1-3, § 20 ust. 11
Zgon współubezpieczonego	§ 2 pkt 3), 5), 8), 11), 17), 23), § 21 ust. 1-4	§ 9 ust. 1-3, §21 ust. 5
Urodzenie się dziecka	§ 22 ust. 1	§ 9 ust. 1-3, § 22 ust. 2
Urodzenie martwego noworodka	§ 23	§ 9 ust. 1-3,
Osierocenie dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego	§ 2 pkt 3), 6), § 24 ust. 1	§ 9 ust. 1-3, § 24 ust. 2

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin.

2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

3. Umowa Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków, zwana jest dalej umową ubezpieczenia.

4. Integralną częścią niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia są Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosowane przez Ubezpieczyciela przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu będące załącznikiem do Ogólnych Warunków Grupowych Ubezpieczeń na Życie oraz umów Indywidualnej Kontynuacji.

§ 2

Terminy użyte w niniejszych ogólnych warunkach oznaczają:

1) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych ogólnych warunkach, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,

2) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w sytuacjach wskazanych w niniejszych ogólnych warunkach,

3) **dziecko** - dziecko Ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka) w wieku do 25 lat,

4) **grupa** - wszyscy pracownicy objęci odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, którą objęty był Ubezpieczony,

5) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,

6) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i mające miejsce w okresie tej odpowiedzialności;

7) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,

8) **ojczym, macocha** - osoba pozostająca w związku małżeńskim z nie pozbawionym władzy rodzicielskiej rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji rodzica) lub rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka (o ile wdowiec lub wdowa nie wstąpiła ponownie w związek małżeński),

9) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych ogólnych warunkach zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

10) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego,

11) **rodzic** - rodzic Ubezpieczonego nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia rodzicem jest również rodzic zastępczy na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego,

12) **składka ubezpieczeniowa** - wymagalna składka opłacana przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,

13) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego,

14) **szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki medycznej nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia szpitalem nie jest: szpital rehabilitacyjny, szpital dla nerwowo i psychicznie chorych, szpitalny oddział rehabilitacyjny; szpitalny oddział dziennego pobytu; za szpital nie uważa się również: domu opieki, zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych i alkoholowych, ośrodka rekonwalescencyjnego, rehabilitacyjnego, uzdrowskiego, sanatoryjnego i prewentorium. Szpitalem nie jest również ośrodek wypoczynkowy ani zakład opieki zdrowotnej, którego podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego.

15) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,

16) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych określonych w umowach dodatkowych, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia,

17) **teść** - rodzic małżonka nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka,

18) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych ogólnych warunkach zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

19) **Ubezpieczający** - osoba tożsama z Ubezpieczonym,

20) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, która była objęta umową grupową a następnie zawarła umowę na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,

21) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1; Numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł,;

22) **umowa grupowa** - umowa ubezpieczenia na życie zawarta uprzednio w ramach grupy na rachunek osoby zawierającej umowę ubezpieczenia,

23) **współubezpieczony** - małżonek, dziecko, rodzic, teść Ubezpieczonego, których życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia,

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. W zależności od treści umowy grupowej i z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6, zakres ubezpieczenia obejmuje jeden z wymienionych w ust. 2 - 4 pakietów świadczeń.
2. W ramach pakietu podstawowego Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6, w ramach pakietu rozszerzonego Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6, w ramach pakietu maksymalnego Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgonu małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 6) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) zgonu współubezpieczonego:
 - a) małżonka,
 - b) dziecka,
 - c) rodzica,
 - d) teścia,
 - 8) urodzenia się dziecka,
 - 9) urodzenia martwego noworodka,
 - 10) osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.
5. W ramach pakietu rozszerzonego lub maksymalnego, począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70 lat, Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

6. Wobec osób, które są obejmowane odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach pakietu rozszerzonego lub maksymalnego po ukończeniu 70 roku życia lub w roku, w którym osiągną ten wiek, Ubezpieczyciel wypłaca, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji, składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela w okresie pierwszych trzech miesięcy licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach umowy grupowej.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający ma prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia z zastosowaniem niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami umowy grupowej.
3. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy, z zastrzeżeniem postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących doręczenia polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści: złożonej przez niego oferty lub od ogólnych warunków ubezpieczenia.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia zawierana jest zgodnie z warunkami oferty.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, jednak nie dojdzie do rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela obowiązywała będzie zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na warunkach zgodnych z treścią polisy ubezpieczeniowej obowiązuje do czasu uzgodnienia przez strony warunków ubezpieczenia lub rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca okresu za który dokonano wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej. W przypadku odmowy przyjęcia warunków ubezpieczenia proponowanych przez Ubezpieczyciela i rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, w części przypadającej na okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

7. 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.

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony - do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy.
2. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złożą na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu umowy.

IV. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
- 1) jeżeli złożenie wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji oraz dokonanie wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia nastąpiło w okresie 30 dni licząc od końca miesiąca, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach grupy - z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach grupy,
 - 2) jeżeli złożenie wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji oraz dokonanie wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia nastąpiło po upływie 30 dni licząc od końca miesiąca, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach grupy - z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - a) został złożony wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji,
 - b) osoba składająca wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji dokonała wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Jeżeli do końca pozostawania Ubezpieczonego w umowie grupowej obowiązywała w odniesieniu do niego karencja (ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela), będzie ona stosowana również w ramach umowy ubezpieczenia. Karencja obowiązywała będzie do końca okresu założonego w umowie grupowej i w zakresie tam ustalonym.

§ 7

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do wszystkich świadczeń ustaje:
- 1) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) w dacie zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) w sytuacji wskazanej w § 11 ust. 7.

V. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim obowiązywała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
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, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Jeżeli koniec okresu wypowiedzenia, ustalonego w sposób wskazany w ust. 2, nie przypadłby w ostatnim dniu okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa, okres wypowiedzenia ulegnie zmianie. W sytuacji wskazanej w zdaniu poprzednim, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na koniec okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa i w trakcie którego doszło do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres wypowiedzenia.

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 9

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku o ubezpieczenie na życie albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności mu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym jak i Ubezpieczonym.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba Ubezpieczonego. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

VII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. W przypadku zaistnienia zdarzeń określonych w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą początku okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 6.

VIII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest z częstotliwością kwartalną.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stosowanego w umowie ubezpieczenia pakietu świadczeń, wysokości sumy ubezpieczenia oraz aktualnej w dacie składania wniosku, o którym mowa w § 4 ust. 1, taryfy ubezpieczeniowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (z zastrzeżeniem możliwości zmiany taryfy ubezpieczeniowej w wyniku zastosowania postanowień § 5 ust. 2). Jeżeli taryfa ubezpieczeniowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia tak przewiduje, wysokość składki ubezpieczeniowej może być zależna także od wieku Ubezpieczonego.
3. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dokonanie przez Ubezpieczającego wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej najpóźniej w dacie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie.
4. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane z góry, do pierwszego dnia kwartału, za który składka ubezpieczeniowa jest należna.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, a sposób dokonania wpłaty pozwala na jej poprawną identyfikację.
6. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego ze wskazaniem dodatkowego terminu zapłaty i skutku nieopłacenia tej należności w postaci uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności.
8. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem ciągłości, jeżeli wszystkie zaległe składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą rozwiązania umowy ubezpieczenia, w trybie określonym w ust. 6 niniejszego paragrafu.

IX. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 12

1. Jeżeli w umowie grupowej nie ustalono inaczej, wysokość sumy ubezpieczenia zgodna jest z wysokością sumy ubezpieczenia obowiązującą wobec Ubezpieczonego w umowie grupowej.

2. Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej w rocznicę polisy na pisemny wniosek Ubezpieczającego, przekazany Ubezpieczycielowi najpóźniej na 60 dni przed rocznicą polisy. Pierwsze podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej może nastąpić najwcześniej po 12 miesiącach obowiązywania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie - w rocznicę polisy - sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej (indeksacja).
4. W przypadku o którym mowa w ust 3, Ubezpieczyciel przekaże Ubezpieczającemu pisemną propozycję nowej wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
5. Przyrost sumy ubezpieczenia wynikający z indeksacji zależy od przyrostu składki ubezpieczeniowej o tzw. wskaźnik indeksacji oraz wieku Ubezpieczonego.
6. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego, w terminie wskazanym poniżej w ust. 7, na przedstawioną propozycję Ubezpieczyciela, jest traktowany jako zgoda na podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację jest on zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.

X. ZGON UBEZPIECZONEGO

§ 13

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty beneficjentowi świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego w ust. 1, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach umowy grupowej,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań oraz przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

XI. ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 14

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty beneficjentowi świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XII. ZGON MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 15

1. W przypadku zgonu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Pomędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XIII. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO

§ 16

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu, za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu:
 - 1) 4% sumy ubezpieczenia - w umowie ubezpieczenia zawartej w ramach pakietu maksymalnego, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 5 i 6,
 - 2) 1% sumy ubezpieczenia - w umowie ubezpieczenia zawartej w ramach pakietu rozszerzonego, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 5 i 6.
2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza orzecznika ponosi Ubezpieczyciel.
3. Poza przypadkiem wskazanym w ust. 2 powyżej procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również określony przez uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela, konsultanta medycznego Ubezpieczyciela lub lekarza orzecznika, w oparciu o dokumentację medyczną dołączoną do wniosku o wypłatę świadczenia, jeżeli ta dokumentacja jest wystarczająca do wydania decyzji.
4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.
5. Pomędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci bezsporną część świadczenia na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza

orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ona należna, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

8. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z § 1 ust. 4.
9. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel nie bierze po uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani zakresu czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego w ramach obowiązków służbowych.
10. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.

XV. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 17

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 30% sumy ubezpieczenia.
2. Za poważne zachorowanie, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków uważa się wyłącznie:
 - 1) **taką niewydolność nerek**, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki, rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę;
 - 2) **taki przeszczep narządu**, który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej w Rzeczypospolitej Polsce instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza.

§ 18

1. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego tego rodzaju zachorowania.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego umową ubezpieczenia i były przyczyną wystąpienia zdarzenia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego.
4. Postanowienia ust. 3 powyżej odnoszą się do następujących chorób zdiagnozowanych w Ubezpieczonego: każda kardiomiopatia, każda wada serca, każda choroba krwi (w tym nowotwór krwi), przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, niewydolność nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc oraz każda choroba genetyczna.

XIV. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W STOSUNKU DO ROSZCZEŃ Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

§ 19

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego albo małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
- 3) udziału w przestępstwie umyślnym lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony lub małżonek nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenia jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 7) przyczynienia się Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz w stanie po użyciu narkotyków lub środków psychotropowych do zajścia zdarzenia; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2 ‰ do 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
- 9) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV lub pochodnymi,
- 10) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) bądź choroby układu nerwowego,
- 11) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 12) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień oraz bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

XVI. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§ 20

1. Jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień leczenia Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20 zł.

2. Dzielne świadczenie szpitalne płatne jest za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

3. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje Ubezpieczonemu jeżeli leczenie szpitalne trwało nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile leczenie rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umowy grupowej i trwało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia. Dzień rozpoczęcia leczenia szpitalnego uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego leczenia.

4. Leczenie szpitalne może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie ono zakończone wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.

5. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest najdłużej za 90 dni w ciągu kolejnych 12 miesięcy liczonych od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.

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

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

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

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

10. Leczenie szpitalne zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczęło się ono przed upływem 180 dni od daty wypadku.

11. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego z powodu:

- 1) wad wrodzonych i ich następstw,
- 2) chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), chorób układu nerwowego, AIDS, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami odurzającymi lub umyślnego samouszkodzenia ciała,
- 3) operacji plastyczno - kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędności lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 4) diagnozowania i leczenia bezpłodności,
- 5) leczenia lub zabiegów dentystrycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
- 6) badań rutynowych,
- 7) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,
- 8) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów

lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,

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

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

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

12) przyczynienia się Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu do zajścia zdarzenia; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2 ‰ do 0,5 ‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,

13) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia samobójstwa,

14) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenia jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

15) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień oraz bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

XVII. ZGON WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§ 21

1. W przypadku zgonu małżonka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

2. W przypadku zgonu dziecka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 30% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

3. W przypadku zgonu rodzica Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

4. W przypadku zgonu teścia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1-4 jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach umowy grupowej lub umowy ubezpieczenia, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpiło wcześniej,

2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

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

4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślniej,

5) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XVIII. URODZENIE SIĘ DZIECKA

§ 22

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko żywo urodzone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, przy czym świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka nie jest należne jeżeli dziecko zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XIX. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

§ 23

W przypadku urodzenia martwego noworodka Ubezpieczonemu Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

XX. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 24

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpieczonego w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy, świadczenia w wysokości 40% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następnym:

1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach umowy grupowej, której przedmiotem było osierocenie dziecka wskutek zgonu Ubezpieczonego,

2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

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

4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego winy umyślniej.

XXI. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 25

- Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2 - 7, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
- Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.
- Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.
- W przypadku zgonu 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.
- W przypadku zgonu 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.
- Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.
- W przypadku zgonu 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:
 - małżonkowi - w całości,
 - dzieciom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,
 - rodzicom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
 - innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w wysokości określonej w postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku lub w akcie notarialnym poświadczającym dziedziczenie.
- W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie.
- Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

§ 26

- Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia z tytułu którego Ubezpieczonemu może być 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.
- 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.

§ 27

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do jego otrzymania winna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia,
 - skrótowy odpis aktu zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, bądź skrótowy odpis aktu urodzenia dziecka (do wglądu),
 - zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
 - wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - wszelką dokumentację dotyczącą leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu poważnego zachorowania,
 - dokumentację potwierdzającą leczenie szpitalne Ubezpieczonego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,
 - własny dokument tożsamości (do wglądu),
 - inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.
- Osoba występująca z roszczeniem może również dokonać zgłoszenia roszczenia przez stronę www.ergohestia.pl, natomiast dokumenty wskazane w ust. 1 powyżej przedłożyć Ubezpieczycielowi w formie elektronicznej.
- 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.
- Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 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.

§ 28

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

§ 29

1. Jeżeli osoba występująca z roszczeniem nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela, odmawiającą wypłaty świadczenia lub określającą jego wysokość, może złożyć odwołanie od tej decyzji w sposób określony w umowie do Zarządu Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu odwołania, o którym mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest osobie występującej z roszczeniem w terminie 30 dni na adres wskazany w treści odwołania.

XXII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 30

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie, lub w inny sposób ustalony między stronami, chyba że przepisy obowiązującego prawa wymagają złożenia oświadczenia w szczególnej formie.
2. Jeżeli jedna ze stron umowy zmieniła adres to powinna zawiadomić o tym niezwłocznie drugą stronę umowy. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez ubezpieczającego.

§ 31

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.

§ 32

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 zostanie potwierdzone na duplikacie.

§ 33

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

§ 34

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.

§ 35 .

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

§ 36

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.
3. Skargi lub zażalenia Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia mogą być zgłaszane do Ubezpieczyciela poprzez jeden z dostępnych kanałów kontaktu, tj.:
 - 1) pisemnie - na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 2) mailowo - na adres: skargi@ergohestia.pl,
 - 3) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl,
 - 4) telefonicznie - podczas kontaktu z infolinią Ubezpieczyciela pod numerem tel. 801 107 107 lub 58 555 5 555.
4. Skargi rozpatrywane są przez dedykowaną jednostkę wyznaczoną przez Zarząd Ubezpieczyciela.
5. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu w ciągu 14 dni roboczych od zgłoszenia, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uprawnionego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 37

Ewentualne skargi Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia rozpatruje Miejski i Powiatowy Rzecznik Konsumentów oraz Rzecznik Ubezpieczonych.

§ 38

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczyciela zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom trzecim poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczającego zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione osobom trzecim wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela.

§ 39

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2015 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Postanowienia Dodatkowe do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin: KOD IK 01/15 oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, wprowadzone zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Poniższe postanowienia stanowią uzupełnienie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin w następującym zakresie:

WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

W ZAKRESIE SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Ubezpieczony Ubezpieczający, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej:
www.ergohestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie - poprzez infolinię ERGO Hestii pod numerem telefonu 801 107 107 lub 58 555 55 55,
 - 3) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 4) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii,
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.

4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:

- 1) na piśmie lub,
 - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub,
 - 3) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

SPRAWOZDANIE O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej ERGO Hestii zamieszczane jest na stronie internetowej ERGO Hestii: www.ergohestia.pl.

SKRÓCONA INFORMACJA

Informacja o tym, które postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin kod IK 01/15 określają:

- 1) przesłanki wypłaty świadczeń,
- 2) ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia.