



Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał

KOD: HK 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, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku „Hestia Kapitał”, zwane dalej „umowami ubezpieczenia“.

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

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,
- 2) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel umarza jednostki uczestnictwa z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa,
- 4) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel przekazuje jednostki uczestnictwa na Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa,
- 5) **data wymagalności regularnej składki ubezpieczeniowej** - pierwszy dzień okresu, za który opłacana jest należna regularna składka ubezpieczeniowa,
- 6) **dodatkowa suma ubezpieczenia** - kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela wraz z sumą ubezpieczenia, tworzona na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
- 7) **Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa** - wyodrębniony rachunek tworzony przez Ubezpieczyciela dla umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego,
- 8) **jednorazowa składka ubezpieczeniowa** - składka, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, płatna przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ochrony ubezpieczeniowej,
- 9) **jednostka uczestnictwa** - część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach netto,

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

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

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

13) **regularna składka ubezpieczeniowa** - składka, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, płatna cyklicznie przez Ubezpieczającego przez okres wskazany w umowie ubezpieczenia,

14) **rezerwa matematyczna** - pasywa Ubezpieczyciela, tworzone zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w zakresie działalności ubezpieczeniowej, odpowiadające wartości bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z umowy ubezpieczenia (z wyłączeniem środków gromadzonych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa),

15) **rocznica polisy** - rocznica daty rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w umowie ubezpieczenia,

16) **składka ubezpieczeniowa** - kwota opłacana przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, w zamian za którą Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczeń Ubezpieczeniowych na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia; niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia ustalają dwa typy składek ubezpieczeniowych: regularna składka ubezpieczeniowa albo jednorazowa składka ubezpieczeniowa,

17) **stopa techniczna** - stopa oprocentowania stosowana przy ustalaniu składek ubezpieczeniowych lub przyznawanych udziałów w zysku w wysokości 3%,

18) **stopa zysku netto** - wskaźnik zysku wypracowanego w okresie ostatnich 12 miesięcy od zainwestowanych rezerw matematycznych pomniejszony o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów ustalony w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia,

19) **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”),

20) **suma ubezpieczenia** - świadczenie ubezpieczeniowe, wskazane w umowie ubezpieczenia, wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku: śmierci Ubezpieczonego albo dożycia przez niego do

daty określonej w umowie ubezpieczenia,

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

22) **ubezpieczenie bezskładkowe** - ubezpieczenie z obniżoną sumą ubezpieczenia i bez obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, w którego ramach Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej; Ubezpieczyciel wskazuje w umowie ubezpieczenia gwarantowaną wysokość sumy ubezpieczenia, obowiązującą w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,

23) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** - wydzielony fundusz aktywów tworzony z części wpłat dodatkowych lub przyznanych udziałów w zysku, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia,

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 zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,

27) **wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa** - kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w dniu ich wyceny,

28) **wartość polisy** - świadczenie ubezpieczeniowe, wypłacane w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, której gwarantowana wysokość, w przypadku regularnego i nieprzerwanego opłacania składek ubezpieczeniowych, wskazana jest w umowie ubezpieczenia,

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

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć i dożycie przez Ubezpieczonego do daty określonej w umowie ubezpieczenia.
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 dokumentacji medycznej (wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.) świadczącej o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim przeprowadzonym przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Wyniki tych badań będą brane pod uwagę przy podejmowaniu przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 7

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie informacji zawartych we wniosku o ubezpieczenie na życie lub w innej dokumentacji wskazanej w § 6 ust. 1 i 2.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego lub innych zdarzeń losowych z tytułu umów dodatkowych (o ile o zawarcie takich umów wystąpił Ubezpieczający) w związku m.in.: ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

§ 8

1. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazana jest w polisie ubezpieczeniowej.
2. 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.

§ 9

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

§ 10

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową zawierającą

postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawierana 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

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.

§ 12

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

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 13

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

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

3. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w myśl ust. 2, Ubezpieczającemu przysługuje prawo otrzymania: wartości polisy (jeżeli, zgodnie z treścią § 23 ust. 2, wartość polisy może być wypłacona na wniosek Ubezpieczającego) oraz wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje).

4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 punkty 2) - 5).

5. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1 i 2,
- 2) z dniem zaistnienia jednego ze zdarzeń określonego w § 3 ust. 2,

- 3) z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej określonej w umowie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 12,
- 4) z dniem wypłacenia wartości polisy, w sytuacjach określonych w § 23 ust. 2 i w § 28 ust. 5,
- 5) w sytuacji określonej w § 20 ust. 2.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 14

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

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

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

§ 15

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

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3, zobowiązany jest do wypłaty sumy ubezpieczenia osobom uprawnionym, określonym w § 29 ust. 1.

2. Wraz ze świadczeniem ubezpieczeniowym wskazanym w ust. 1 Ubezpieczyciel wypłaci również osobom uprawnionym dodatkową sumę ubezpieczenia, o której mowa w § 25 (o ile suma ta istnieje), i wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje).

3. Z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 3, obowiązek Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, powstaje z datą rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej.

4. Ubezpieczyciel wypłaci osobom uprawnionym, określonym w § 29 ust. 1, wartość polisy wraz z wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje), a nie wypłaci sumy ubezpieczenia wraz z dodatkową sumą ubezpieczenia (jeżeli ta suma istnieje), jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała w następstwie:

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

§ 17

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do daty określonej w umowie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia wraz z dodatkową sumą ubezpieczenia, o której mowa w § 25 (o ile suma ta istnieje), i wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje).
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego odnośnego pisemnego oświadczenia woli w terminie 30 dni przed datą określoną w ust. 1 Ubezpieczyciel zawrze z nim umowę renty znajdującej się w ofercie Ubezpieczyciela w dniu wypłaty świadczenia, na mocy której należne świadczenie będzie wypłacane okresowo.

VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Wskazana w umowie ubezpieczenia wysokość składki ubezpieczeniowej, przy określonej sumie ubezpieczenia, zależy od: stopy technicznej, typu opłacania składki ubezpieczeniowej (jednorazowa lub regularna), częstotliwości opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela skutkujących wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych, okresu opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, liczby i rodzaju zawartych umów dodatkowych oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 7.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej lub obniżenia sumy ubezpieczenia w porównaniu z odpowiednimi kwotami określonymi przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie na życie.

§ 19

1. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie regularnych składek ubezpieczeniowych (z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną, miesięczną) albo jednorazowej składki ubezpieczeniowej - zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego wskazaną we wniosku o ubezpieczenie na życie.
2. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie regularnych składek ubezpieczeniowych przez okres krótszy od określonego w tej umowie okresu ochrony ubezpieczeniowej.

3. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie lub niezwłocznie po tej dacie.
4. Wszystkie kolejne regularne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane do daty wymagalności tej składki.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeżeli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela i została przez niego zweryfikowana.
6. Okres weryfikacji, o którym mowa w ust. 5 oraz w § 22 ust. 4, nie może być dłuższy niż 5 dni roboczych od daty wpływu składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
7. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający może zmienić częstotliwość opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej, w trybie ustalonym w § 33 ust. 4.

§ 20

1. W przypadku nieopłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego ze wskazaniem dodatkowego terminu zapłaty i skutku niepłacenia tej należności w postaci:
 - 1) przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli, w myśl postanowień § 23 ust. 2, wartość polisy może być wypłacona i jest równa lub wyższa od wartości minimalnej wskazanej w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia; jeżeli wartość polisy może być wypłacona, ale jest niższa od wartości minimalnej, umowa ubezpieczenia uznana zostanie za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności, a Ubezpieczającemu przysługiwało będzie prawo do wypłaty wartości polisy wraz z wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje),
 - 2) uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności, jeżeli, w myśl postanowień § 23 ust. 2, wartość polisy nie może być wypłacona.
2. W okresie jednego miesiąca, licząc od daty wymagalności pierwszej zaległej regularnej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej. Począwszy od pierwszego dnia drugiego miesiąca zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych ustaje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych (o ile były zawarte). W sytuacji gdy zaległość w opłacie nie zostanie uregulowana do dnia wskazanego w piśmie określonym w ust. 1 powyżej, a ubezpieczenie nie może zostać przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczyciel przyznaje Ubezpieczającemu dodatkowe, jednorazowe świadczenie zwolnienia z opłaty zaległej regularnej składki ubezpieczeniowej za okres jednego miesiąca, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
3. 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 opisanym w ust. 1 niniejszego paragrafu.

§ 21

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia,

Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

2. Wypłata każdego ze świadczeń ubezpieczeniowych wskazanych w mniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 22

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych.
2. W przypadku dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty dodatkowej w sytuacji, gdy występuje zaległość w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych, Ubezpieczyciel zaliczy w odpowiedniej części opłaconą kwotę na poczet zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, wpłaty dodatkowe przeznaczone są na powiększenie wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, na zasadach określonych w § 26.
4. Wpłatę dodatkową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela i została przez niego zweryfikowana, pod warunkiem oznaczenia przez Ubezpieczającego wpłacanej kwoty jako wpłaty dodatkowej.
5. Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej określona jest przez Ubezpieczyciela w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

VIII. WARTOŚĆ POLISY

§ 23

1. Wskazana w umowie ubezpieczenia wartość polisy zależy od aktualnej wysokości rezerwy matematycznej oraz okresu, jaki upłynął od dnia rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wartość polisy może zostać wypłacona na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) w każdym czasie - w umowie ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową,
 - 2) jeżeli upłynęły dwa lata od daty rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej - w umowie ubezpieczenia z regularną składką ubezpieczeniową (przed dniem drugiej rocznicy polisy wartość polisy może zostać wypłacona tylko w sytuacji, gdy jest ona równa lub wyższa od wartości minimalnej wskazanej w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia).
3. Wraz z wartością polisy wypłacana jest wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje).

IX. UDZIAŁ W ZYSKU

§ 24

1. Należny udział w zysku może być przekazany, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego, w jednej z dwóch form na:
 - 1) tworzenie dodatkowej sumy ubezpieczenia wypłacanej w przypadku zaistnienia jednego ze zdarzeń, określonych w § 3 ust. 2 (forma D1),
 - 2) powiększenie wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa (forma D2), na zasadach opisanych w § 26; wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa zostanie

wypłacona w przypadku zaistnienia jednego ze zdarzeń określonych w § 3 ust. 2 oraz w sytuacji i w trybie określonym w § 26 ust. 6.

2. Formę przekazania udziału w zysku Ubezpieczający określa we wniosku o ubezpieczenie na życie. Najpóźniej na 14 dni przed każdą rocznicą polisy, w której Ubezpieczającemu przysługuje prawo do indeksacji na zasadach określonych w § 27, Ubezpieczający może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie woli o zmianie formy przekazywania udziału w zysku przyznanego od dnia najbliższej rocznicy polisy.
3. Przyznany przez Ubezpieczyciela udział w zysku stanowi iloczyn wskaźnika udziału w zysku, o którym mowa w ust. 4, i średniorocznej rezerwy matematycznej (średnia arytmetyczna wartości rezerw matematycznych na dzień: rocznicy polisy, w której udział w zysku jest przyznawany, oraz poprzedniej rocznicy polisy).
4. Wskaźnik udziału w zysku nie może być niższy niż 85% stopy zysku netto.
5. Ubezpieczyciel nalicza kwotę należnego udziału w zysku corocznie, począwszy od dnia drugiej rocznicy polisy.
6. Nie rzadziej niż raz w roku, w zawiadomieniu wystosowanym do Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel poinformuje o wysokości przyznanego udziału w zysku oraz aktualnej wysokości świadczeń ubezpieczeniowych, w tym wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

§ 25

1. W umowie ubezpieczenia z formą udziału w zysku określoną w § 24 ust. 1, pkt 1 (forma D1) należny udział w zysku staje się jednorazową składką ubezpieczeniową przeznaczoną na utworzenie dodatkowej sumy ubezpieczenia, przy uwzględnieniu: stopy technicznej, wieku i płci Ubezpieczonego oraz okresu, jaki pozostał do końca ochrony ubezpieczeniowej.
2. Indeksacja, o której mowa w § 26, nie dotyczy dodatkowej sumy ubezpieczenia.

X. INDYWIDUALNY RACHUNEK JEDNOSTEK UCZESTNICTWA I UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

§ 26

1. Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa jest otwierany przez Ubezpieczyciela w terminie 5 dni roboczych od zaistnienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty dodatkowej,
 - 2) przyznania przez Ubezpieczyciela po raz pierwszy udziału w zysku przekazywanego w formie określonej w § 24 ust. 1 pkt 2) (forma D2).
2. Przyznany udział w zysku (forma D2) oraz wpłaty dodatkowe pomniejszone o opłaty początkowe przeznaczone są na nabycie jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, na zasadach określonych w Regulaminie oraz Strategiach.
3. Przekazanie udziału w zysku na nabycie jednostek uczestnictwa następuje w okresie 5 dni roboczych od jego przyznania przez Ubezpieczyciela.
4. W ramach umowy ubezpieczenia nabywane są wyłącznie jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego wskazanego przez Ubezpieczyciela, posiadającego gwarancję wartości jednostki uczestnictwa określoną w Strategiach.
5. W ramach umowy ubezpieczenia nie jest możliwe dokonywanie

konwersji jednostek uczestnictwa, o której mowa w Regulaminie.

6. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypłaty wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa w każdym czasie z zastosowaniem określonej przez Ubezpieczyciela opłaty likwidacyjnej, określonej w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży jednostek uczestnictwa nowych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych bądź zaprzestania sprzedaży jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy. O zmianie w zakresie oferowanych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (uwidacznianej każdorazowo w Strategiach) Ubezpieczyciel niezwłocznie powiadamia Ubezpieczającego na piśmie.

XI. ZMIANY REGULARNEJ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ I SUMY UBEZPIECZENIA

§ 27

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

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

3. Przyrost sumy ubezpieczenia wynikający z indeksacji zależy od: przyrostu regularnej składki ubezpieczeniowej o tzw. wskaźnik indeksacji, częstotliwości opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej, wieku i płci Ubezpieczonego na dzień rocznicy polisy, liczby lat, które pozostały do końca okresu ubezpieczenia (licząc od dnia rocznicy polisy), oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 1.

4. 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%.

5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego i Ubezpieczonego - w terminie wskazanym poniżej w ust. 6 na propozycję, o której mowa w ust. 2, traktowany jest jako zgoda na podwyższenie regularnej składki ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia.

6. 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.

7. Indeksacja nie jest możliwa, jeżeli:

- 1) Ubezpieczający jest zwolniony z opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ EOS,
- 2) okres opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych jest krótszy od okresu ubezpieczenia,
- 3) Ubezpieczający i Ubezpieczony nie wyrazili zgody na indeksację w dwóch kolejno następujących po sobie rocznicach polisy, w których Ubezpieczyciel zaproponował indeksację,

4) ubezpieczenie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe na zasadach określonych w § 28.

8. Wraz z pisemną propozycją, o której mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel przekaze Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczanemu pisma o wpływie zmian wynikających z indeksacji na wysokość gwarantowanych świadczeń ubezpieczeniowych, w tym wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe.

XII. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 28

1. Ubezpieczyciel przekształci ubezpieczenie w ubezpieczenie bezskładkowe, w przypadku gdy spełnione zostaną łącznie dwa warunki:

- 1) Ubezpieczający nie opłaci regularnej składki ubezpieczeniowej w terminie 3 miesięcy od daty wymagalności składki,
- 2) wartość polisy może być wypłacona w myśl § 23 ust. 2 i jest równa lub wyższa od wartości minimalnej wyznaczanej przez Ubezpieczyciela.

2. Za datę przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe uważa się pierwszy dzień drugiego miesiąca, licząc od dnia wymagalności pierwszej zaległej regularnej składki ubezpieczeniowej.

3. Po przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczyciel określa nową wysokość sumy ubezpieczenia, uwzględniając: dotychczasową sumę ubezpieczenia, dodatkową sumę ubezpieczenia (o ile istnieje), sumę opłaconych składek ubezpieczeniowych, stopę techniczną, wiek i płeć Ubezpieczonego oraz określony w umowie ubezpieczenia okres ochrony ubezpieczeniowej i okres opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych.

4. Po przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe ustaje obowiązek opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, a okres ochrony ubezpieczeniowej nie ulega skróceniu.

5. W czasie trwania ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku oraz do wypłaty wartości polisy wraz z wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje). Z datą wypłaty wartości polisy rozwiązana zostanie umowa ubezpieczenia.

6. Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczającego na zaproponowanych przez Ubezpieczyciela warunkach, jeżeli nie minął okres jednego roku od daty przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

XIII. 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. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją 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 na formularzu Ubezpieczyciela.

9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpłynięcia do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 6.

§ 30

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

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

2. W przypadku dożycia do daty określonej w umowie ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi do wglądu polisę ubezpieczeniową lub duplikat polisy ubezpieczeniowej (jeżeli został wydany) oraz własny dokument tożsamości.

§ 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, określone w § 16, § 17 lub § 23, 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.

XIV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 33

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

4. Z wyjątkiem indeksacji, o której mowa w § 27, 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.

§ 34

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

§ 35

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

§ 36

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.

§ 37

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest 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 potwierdzone zostaje na duplikacie.

§ 38

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.

§ 39

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.

§ 40

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

§ 41

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

§ 42

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika po przesłaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela. Skargi i zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

2. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 43

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci typ ERS

KOD: ERS 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Typ ERS, zwane dalej „umowami dodatkowymi”.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał, zwanej dalej „umową główną”.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta:
 - 1) jeżeli składki ubezpieczeniowe z tytułu umowy głównej nie są wymagalne,
 - 2) w razie jednoczesnego lub wcześniejszego zawarcia przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Dożycie Typ ERD, stanowiącej uzupełnienie umowy głównej.
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.

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 zawarcie 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 w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

§ 6

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

§ 7

Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony z końcem roku kalendarzowego, w którym objęty zostanie ochroną

ubezpieceniową, będzie miał ukończone 12 lat, a nie będzie miał ukończonego 61 roku życia.

§ 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych powodujące przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej w pełnym zakresie powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) - 4) niniejszego paragrafu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
 - 4) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa § 12 ust. 1, zależy od: częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, na który zawierana jest umowa dodatkowa, oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel

zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.
5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 12 ust. 1, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI

§ 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest beneficjent główny, beneficjent dodatkowy lub inna osoba, określona w umowie głównej.

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

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

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, a w szczególności w zakresie praw i obowiązków

stron umowy dodatkowej, stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa główna.

§ 15

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Dożycie typ ERD

KOD: ERD 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającym umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Dożycie Typ ERD, zwane dalej „umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał, zwanej dalej „umową główną“.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta:
 - 1) jeżeli składki ubezpieczeniowe z tytułu umowy głównej nie są wymagalne,
 - 2) w razie jednoczesnego lub wcześniejszego zawarcia przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Typ ERS, stanowiącej uzupełnienie umowy głównej.
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 dożycie przez Ubezpieczonego do daty określonej w umowie głównej.

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 wszelkich informacji mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od

wnioskowanych przez Ubezpieczającego, w oparciu o informacje, o których mowa w ust. 1.

§ 5

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

§ 6

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 61. roku życia.

§ 7

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych powodujące przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej w pełnym zakresie powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

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.

3. W przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej, w myśl postanowień ust. 2, Ubezpieczającemu przysługuje prawo otrzymania:

- 1) wartości polisy z tytułu umowy dodatkowej odpowiadającej połowie wartości rezerwy matematycznej tworzonej w ramach tej umowy, jeżeli wartość polisy może być wypłacona na wniosek Ubezpieczającego - zgodnie z treścią postanowień § 12 ust. 2 - 4,
- 2) wartości tej części Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w umowie głównej, tworzonej w ramach umowy dodatkowej (o ile wartość ta istnieje).

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

5. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 6 pkt 2) i 3) niniejszego paragrafu.

6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do daty określonej w umowie głównej albo z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej, jeżeli, zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 7, umowa dodatkowa nie może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do daty określonej w umowie głównej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od świadczeń należnych Ubezpieczonemu z tytułu umowy głównej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed datą wskazaną w ust. 1 Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty osobie uprawnionej do świadczenia z tytułu śmierci na podstawie umowy głównej wartości polisy, o której mowa w § 12 ust. 1, wraz z wartością tej części Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa tworzonej w ramach umowy dodatkowej (o ile wartość ta istnieje).

VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, określonego w § 9 ust. 1, zależy od: częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia, na który zawierana jest umowa dodatkowa.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.
3. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.

§ 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczeń, o których mowa w § 9 oraz § 8 ust. 3 pkt 1), oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VII. WARTOŚĆ POLISY, UDZIAŁ W ZYSKU I UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 12

1. Wartość polisy z tytułu umowy dodatkowej odpowiadająca połowie wartości rezerwy matematycznej tworzonej w ramach tej umowy wypłacana jest w sytuacji określonej w § 8 ust. 3 pkt 1), § 9 ust. 2 oraz w sytuacjach wskazanych w umowie głównej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3.
2. W umowie dodatkowej z jednorazową składką ubezpieczeniową wartość polisy może zostać wypłacona na wniosek Ubezpieczającego w każdym czasie.
3. W umowie dodatkowej z regularną składką ubezpieczeniową wartość polisy może zostać wypłacona na wniosek Ubezpieczającego, jeżeli upłynęły 2 lata od dnia rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej umowy. Przed dniem drugiej rocznicy polisy wartość polisy może zostać wypłacona tylko w sytuacji, gdy jest ona równa lub wyższa od wartości minimalnej określonej w tabeli opłat manipulacyjnych lub w innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
4. Wraz z wartością polisy wypłacana jest wartość tworzonej w ramach umowy dodatkowej części Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w umowie głównej (o ile wartość ta istnieje).
5. Ubezpieczającemu przysługuje udział w zysku ustalany na podstawie wypracowanego zysku od zainwestowanej rezerwy matematycznej tworzonej w ramach umowy dodatkowej. Udział w zysku jest ustalany i wypłacany z odpowiednim zastosowaniem zasad przyjętych w umowie głównej dla formy D2, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.

6. Ubezpieczyciel nalicza kwotę należnego udziału w zysku w rocznicę polisy, począwszy od dnia drugiej rocznicy polisy.

7. Jeżeli umowa główna została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe, przekształceniu podlega także umowa dodatkowa, zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie głównej, chyba że zgodnie z postanowieniami ust. 3 w dniu przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe wartość polisy nie może zostać wypłacona. W takiej sytuacji, z dniem przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe, umowa dodatkowa zostaje rozwiązana.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

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

§ 14

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku typ ENW

KOD: ENW 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 ENW, zwane dalej „umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał, 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 którego wyniku nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

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

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

§ 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena poziomu 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 poziomu 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 uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10. Data początku ochrony ubezpieczeniowej nie może być wcześniejsza niż data początku ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej.
3. W sytuacji gdy wniosek o zawarcie umowy dodatkowej, składany jest po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem rocznicy polisy przypadającym po dniu zaakceptowania tego wniosku przez Ubezpieczyciela, pod warunkiem:
 - 1) wpłynięcia do Ubezpieczyciela wniosku najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy oraz
 - 2) uiszczenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej, o której mowa w § 10.

§ 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 61 roku życia.

§ 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych powodujące przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej w pełnym zakresie powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorcą - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) - 5) niniejszego paragrafu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
4) z dniem wypłacenia wartości polisy, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości polisy z tytułu umowy głównej,
5) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa § 12 ust. 1, zależy od: częstotliwości jej opłacania oraz poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.
5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 12 ust. 1, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest beneficjent główny, beneficjent dodatkowy lub inna osoba, określona w umowie głównej.

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania przedmiotowej umowy, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni od daty 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 lub w przygotowaniach do nich,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmieci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 9) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
- 10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza 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 Ubezpieczonego, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
- 14) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
- 15) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

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

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

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 14

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

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

- 3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
- 4) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,
- 5) własny dokument tożsamości (do wglądu),
- 6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

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

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

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

§ 16

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicky

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Wypadku w Ruchu Lądowym, Wodnym lub Powietrznym typ EKM

KOD: EKM 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 EKM, zwane dalej „umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Typ ENW, zwanej dalej „umową dodatkową Typ ENW“, oraz umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał, 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 wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym. Wypadkiem tym, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków, jest wypadek, w którym:
 - 1) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze (pojęcia „pojazd” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami o ruchu drogowym; pojazdem poruszającym się po drodze jest również tramwaj poruszający się po drodze),
 - 2) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu).
3. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

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

§ 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci Ubezpieczonego wskutek 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 dodatkowej. Data zawarcia umowy dodatkowej

nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej oraz umowy dodatkowej Typ ENW.

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

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

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

§ 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 61 roku życia.

§ 8

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

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

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

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

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

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

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

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

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

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

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

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

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

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

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

§ 11

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

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

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

§ 12

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobom uprawnionym, wskazanym w ust. 2, 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, niezależnie od innych świadczeń ubezpieczeniowych należnych z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.

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

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli 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 lub udarem mózgu,
- 2) infekcją, za którą w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia uważa się stan rozstroju zdrowia wywołany przez czynnik chorobotwórczy pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego lub pasożytniczego.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 14

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

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

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

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

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

§ 16

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku typ ENP

KOD: ENP 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa lub Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ENP, zwane dalej „umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał, zwanej dalej „umową główną“.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli regularne 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 wyniku którego nastąpiło trwałe inwalidztwo lub całkowita trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

1. Umowa dodatkowa 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 dodatkowej jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli, zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.
3. Ubezpieczający w okresie trwania umowy głównej może zawrzeć umowę dodatkową jeden raz.

§ 4

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

§ 5

1. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy dodatkowej, dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej umowy.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w związku m.in. ze stanem zdrowia Ubezpieczonego, jego statusem majątkowym, wykonywanym przez

niego zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

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

§ 6

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

§ 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 61 roku życia.

§ 8

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje we wskazanym w umowie głównej okresie zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych powodujące przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej w pełnym zakresie powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

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

- zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) - 4) niniejszego paragrafu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji dotyczącej uznania:
 - a) Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 4,
 - b) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 100% sumy ubezpieczenia,
 - c) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem więcej niż jednego nieszczęśliwego wypadku osiągnie 200% sumy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
 - 4) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 12, zależy od: częstotliwości jej opłacania oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką ubezpieczeniową wnioskowaną przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.
5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej, dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

§ 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczeń skutkująca zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej zgodnie postanowieniami § 9 ust. 5 pkt 2 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

§ 12

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 § 14.

§ 13

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

% SUMY UBEZPIECZENIA

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

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

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

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w czasie trwania przedmiotowej umowy, a trwałe inwalidztwo wystąpiło lub całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty 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 decydujących o powstaniu tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu których zostało wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa. W pozostałych przypadkach Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w § 2 ust. 2, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia równe sumie kwot określonych w § 13, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 i 7 niniejszego paragrafu.
6. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w § 13 nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, z tym że świadczenie z tytułu następstw jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel wypłaci zawsze świadczenie w wysokości określonego w § 13 procentu sumy ubezpieczenia, pomniejszone o wypłacony wcześniej procent sumy ubezpieczenia, jeżeli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy:
 - 1) kończyny górnej lub kończyny dolnej Ubezpieczonego, określonej § 2 ust. 3 pkt 1, w odniesieniu do której wypłacone zostało wcześniej

świadczenie ubezpieczeniowe, zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 3 pkt 1) i 2),

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

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

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

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

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

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

5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

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

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

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

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

10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza 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 oraz 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 lub udarem mózgu,

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

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 15

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

1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),

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

3) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku,

4) własny dokument tożsamości (do wglądu),

5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

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

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

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

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

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

§ 17

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy typ EOS

KOD: EOS 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 EOS, zwane „dalej umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał z regularną składką ubezpieczeniową, zwanej dalej „umową główną“ oraz tylko w przypadku gdy Ubezpieczającym jest również Ubezpieczony.
3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli umowa główna przewiduje opłacanie regularnych składek ubezpieczeniowych przez okres krótszy niż 5 lat.
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 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 Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.
4. Określenie całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej następuje w oparciu o dokumentację i wyniki badań lekarskich, o których mowa w § 10 ust. 2 oraz w § 11 ust. 1 i 2, po upływie okresu wskazanego w ust. 2.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od 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, § 10 ust. 2 oraz § 11 ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 5

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

§ 6

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie 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 objęty zostanie ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie będzie miał ukończonego 51 roku życia.

§ 8

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

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

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

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

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

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

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

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

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

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 10

1. Ubezpieczający jest zobowiązany 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 dostarczyć 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.

§ 11

1. W okresie zwolnienia Ubezpieczonego z obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 15 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 Ubezpieczony był zobowiązany dostarczyć zaświadczenie, składki ubezpieczeniowe stają się ponownie wymagalne.

2. W okresie zwolnienia Ubezpieczonego z obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w § 15 ust. 1, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie, w celu stwierdzenia ciągłości całkowitej niezdolności do pracy. Ubezpieczony jest zobowiązany poddać się badaniom wymaganym 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 określonych w ust. 2 częściej niż raz w roku.

§ 12

1. Ubezpieczony jest zobowiązany 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 zobowiązany do opłacenia wszystkich składek ubezpieczeniowych powiększonych o odsetki za okres, w którym był zwolniony przez Ubezpieczyciela z opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, a w którym Ubezpieczony miał zdolność do wykonywania pracy.

VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13

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

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

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

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

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

§ 14

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

VII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**§ 15**

1. Ubezpieczyciel w okresie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zwolni go z obowiązku 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. Zwolnienie Ubezpieczonego z obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych realizowane jest przez Ubezpieczyciela od najbliższego dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej przypadającego po dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, jednak nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty powstania tej niezdolności. Ubezpieczyciel zwolni Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych pod warunkiem, że w dacie rozpoczęcia realizacji świadczenia Ubezpieczony będzie nadal całkowicie niezdolny do pracy.
3. Ubezpieczyciel zwolni Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, pod warunkiem iż w dacie rozpoczęcia realizacji świadczenia Ubezpieczający będzie nadal całkowicie niezdolny do pracy.
4. Gwarantowane przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu umowy głównej lub innych umów dodatkowych zostają zachowane we wskazanym w ust. 1 okresie, chyba że postanowienia tych umów stanowią inaczej.

VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**§ 16**

1. Ubezpieczyciel zwolni Ubezpieczonego z obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych w przypadku zaistnienia zdarzenia określonego w § 2, jeżeli Ubezpieczony opłacił wszystkie wymagalne składki ubezpieczeniowe do daty otrzymania przez Ubezpieczyciela stanowiącego podstawę do realizacji świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zawiadomienia o roszczeniu.
2. W okresie, w którym Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższania wysokości regularnej składki ubezpieczeniowej:
 - 1) zgodnie ze wskaźnikiem podawanym przez Ubezpieczyciela na zasadach określonych w umowie głównej (indeksacja),
 - 2) z tytułu umowy Dodatkowej Indeksacji Sumy Ubezpieczenia Typ EDI.
3. W dacie odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy ustaje zwolnienie z obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczyciel nie zrealizuje świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy 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 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) epidemii lub infekcji spowodowanej katastrofą naturalną,
- 10) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
- 11) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,
- 12) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,
- 13) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
- 14) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
- 15) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
- 16) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.

IX. REALIZACJA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**§ 17**

1. Przy roszczeniu o realizację świadczenia ubezpieczeniowego 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 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, w oparciu o oświadczenie Ubezpieczonego składane we wniosku o ubezpieczenie na życie.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

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

§ 19

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwcki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania typ EPZ

KOD: EPZ 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 EPZ, zwane dalej „umowami dodatkowymi“.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał 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 wystąpienie zdarzenia określonego w § 12 dotyczącego zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, jednak tylko pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia tego zdarzenia.

III. UMOWA DODATKOWA

§ 3

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

§ 4

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

podjęcie decyzji o zawarciu umowy dodatkowej.

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

§ 5

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

§ 6

Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej. 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.

§ 8

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

powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 9

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony, tj. na 5 lat polisowych i, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i § 10, rozwiązuje się z końcem dnia poprzedzającego dzień 5. rocznicy polisy.
2. Jeżeli Ubezpieczyciel, nie później niż na miesiąc przed dniem 5. rocznicy polisy, nie poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o rozwiązaniu umowy dodatkowej, umowę dodatkową uznaje się za przedłużoną na okres kolejnych 5 lat polisowych, jednak na czas nie dłuższy niż do końca ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
3. W zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel może zaproponować zmienione warunki ubezpieczenia, które dojdą do skutku z dniem 5. rocznicy polisy, jeżeli Ubezpieczający 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 jaki została zawarta, chyba że strony uzgodnią inaczej.
4. W przypadku kolejnych okresów pięcioletnich trwania umowy dodatkowej postanowienia ust. 2 - 3 stosuje się odpowiednio.

§ 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Wypowiedzenie umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku rozwiązania umowy głównej umowa dodatkowa zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.
4. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w ust. 5 pkt 2) - 4) niniejszego paragrafu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
 - 2) z dniem wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - 3) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
 - 4) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej przy określonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 14, zależy od: częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu karencji wskazanego w § 15 ust. 1 oraz ryzyka ubezpieczeniowego, określanego zgodnie z postanowieniami § 5.
2. W przypadku istnienia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 5 ust. 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w porównaniu ze składką wnioskowaną przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej jest opłacana razem ze składką z tytułu umowy głównej i staje się wymagalna w tym samym terminie.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.
5. W przypadku indeksacji składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej na zasadach określonych w umowie głównej dochodzi do jednoczesnego podwyższenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

§ 12

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 14, oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej.

VI. DEFINICJA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 13

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

- 1) **zawał mięśnia sercowego** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, 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 postaci niewydolności wieńcowej (choroby wieńcowej),
- 2) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** - wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na

naczyniach wieńcowych, w tym zbieg angioplastyki przeskrórnej,
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 oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

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

§ 14

Z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 30% albo 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego dokonanym we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.

VIII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. W ramach umowy dodatkowej Ubezpieczyciel stosuje okres braku odpowiedzialności (karencja), uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej. Karencja obowiązuje przez okres 6 miesięcy, liczony od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
2. Począwszy od rocznicy polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest

do zdarzeń określonych w § 12 pkt 5) i 6).

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

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

- 1) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak np.: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych 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 poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 9) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
- 10) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza 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. 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 zdiagnozowania i leczenia poważnego zachorowania,
- 4) własny dokument tożsamości (do wglądu),
- 5) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

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

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

4. Ubezpieczony 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

§ 17

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

§ 18

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Ogólne Warunki Dodatkowej Indeksacji Sumy Ubezpieczenia typ EDI

KOD: EDI 01/07

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowej Indeksacji Sumy Ubezpieczenia Typ EDI, zwane dalej „umowami ubezpieczenia“.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta tylko pod warunkiem jednoczesnego zawarcia z Ubezpieczycielem umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku Hestia Kapitał z regularną składką ubezpieczeniową, zwanej dalej „umową główną“.

3. Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta, jeżeli umowa główna przewiduje opłacanie regularnych składek ubezpieczeniowych przez okres krótszy od określonego w umowie głównej okresu ochrony ubezpieczeniowej.

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. UMOWA DODATKOWA

§ 2

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

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

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

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

§ 4

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

2. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu 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.

§ 5

Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej, pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego za okres ochrony ubezpieczeniowej dodatkowej składki, o której mowa w § 12. Data zawarcia umowy dodatkowej jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej.

§ 6

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.

§ 7

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej ustalony w umowie dodatkowej jest nie krótszy niż 5 lat i kończy się z datą zakończenia okresu opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, jednak nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 55 lat.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ustaje po upływie wskazanego w umowie głównej okresu zaległości w opłacie regularnych składek ubezpieczeniowych. Opłacenie zaległych regularnych składek ubezpieczeniowych powodujące przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie głównej w pełnym zakresie powoduje jednoczesne przywrócenie ochrony ubezpieczeniowej w umowie dodatkowej.

III. 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.

3. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem dokonania po raz piątą dodatkowej indeksacji, jednak nie później niż z datą zakończenia okresu opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych.

4. W przypadku dwóch kolejnych rezygnacji Ubezpieczającego z dokonania dodatkowej indeksacji umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dniu drugiej rezygnacji.

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

6. Rozwiązanie umowy dodatkowej następuje również w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w ust. 7 pkt 2) i 3) niniejszego paragrafu.

7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej kończy się:

- 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej,
- 2) z dniem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z tytułu umowy głównej,
- 3) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 55 lat, niezależnie od tego, czy umowa główna pozostaje w mocy po tym terminie.

IV. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 10, z tytułu umowy dodatkowej w każdą trzecią rocznicę polisy w okresie opłacania składki ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje prawo podwyższenia regularnej składki ubezpieczeniowej o 30% bez poddawania się dodatkowym badaniom lekarskim, a przez to podwyższenia sumy ubezpieczenia określonej w umowie głównej (dodatkowa indeksacja), z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, 4 i 5.

2. Przyrost sumy ubezpieczenia wynikający z dodatkowej indeksacji zależy od przyrostu składki ubezpieczeniowej o wskaźnik określony w ust. 1, częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, wieku i płci Ubezpieczonego na dzień rocznicy polisy, w którą dokonywana jest dodatkowa indeksacja, oraz liczby lat, które pozostały do końca okresu ubezpieczenia.

3. Dodatkowa indeksacja może być przeprowadzona co najwyżej pięciokrotnie.

4. Dokonanie dodatkowej indeksacji nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do przeprowadzenia indeksacji przewidzianej umową główną.

5. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do dodatkowej indeksacji, jeżeli jest on zwolniony z opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy Typ EOS.

§ 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dodatkowej indeksacji wcześniej niż w terminie, o którym mowa w § 9 ust. 1 z tytułu zajścia jednego z poniższych zdarzeń:

- 1) zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
- 2) urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu,
- 3) przysposobienia dziecka przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 - 5.

2. W okresach pomiędzy każdą trzecią rocznicą polisy Ubezpieczający może skorzystać z prawa do przyspieszenia dodatkowej indeksacji tylko jednokrotnie.

3. Przyspieszenie dodatkowej indeksacji uniemożliwia dokonanie dodatkowej indeksacji w dacie najbliższej trzeciej rocznicy polisy, o której mowa w § 9 ust. 1, przypadającej po dacie przyspieszenia.

4. Przyspieszenie dodatkowej indeksacji z powodu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), może nastąpić tylko raz przez cały okres obowiązywania umowy dodatkowej, zaś z powodów, o których mowa w ust. 1 pkt 2) i 3) - łącznie nie więcej niż trzy razy przez cały wyżej wymieniony okres.

5. Ubezpieczający, występując z wnioskiem o przyspieszenie dodatkowej indeksacji, zobowiązany jest dołączyć dokument potwierdzający zaistnienie jednego ze zdarzeń, o których mowa w ust. 1. Wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie może zostać złożony po upływie 90 dni od daty zdarzenia, o którym mowa w ust. 1.

6. Przyspieszenie dodatkowej indeksacji nastąpi w dacie najbliższej rocznicy polisy, przypadającej po dniu, w którym złożono Ubezpieczycielowi wniosek, o którym mowa w ust. 5, nie wcześniej jednak niż po 30 dniach od wystosowania tego wniosku.

§ 11

1. W okresie opłacania składek ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pisemnego poinformowania Ubezpieczającego o prawie określonym w § 9 ust. 1, najpóźniej na 30 dni przed dniem kolejnej trzeciej rocznicy polisy, o ile Ubezpieczający nie skorzystał z tego prawa wcześniej, zgodnie z postanowieniami § 10.

2. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na informację, o której mowa w ust. 1, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na dokonanie dodatkowej indeksacji.

3. W przypadku gdy Ubezpieczający nie ma zamiaru dokonać dodatkowej indeksacji, jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.

4. Dodatkowej indeksacji nie przeprowadza się w okresie, w którym Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do indeksacji na mocy postanowień umowy głównej.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 12

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej zależy od: częstotliwości jej opłacania, wieku i płci Ubezpieczonego, okresu, na który zawierana jest umowa główna, oraz wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy głównej.

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

3. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia umowy głównej w tym zakresie.

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

§ 13

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

VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

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

§ 15

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

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

