

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umów dodatkowych są w mocy tylko wówczas, gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych, są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.

§ 2

Definicje

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

Dyrekcja Generalna Towarzystwa – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie.

Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową.

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Uposażony nie żyje albo nie istnieje, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu.

Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę ubezpieczenia. Jest nim śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zaakceptowanie ryzyka – podjęcie przez Towarzystwo decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami.

Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – dzień następujący po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wskazany w polisie.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Składka regularna podstawowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.

Składka jednorazowa podstawowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona w polisie.

Składki regularne dodatkowe – dodatkowe składki z tytułu umów dodatkowych, których wysokość i termin płatności zostały określone w polisie.

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowy dodatkowe – umowy ubezpieczenia uzupełniające umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.

Opłata polisowa – opłata roczna w wysokości wskazanej w polisie, która jest składnikiem składki regularnej i jednorazowej. Jest ona przeliczana odpowiednio do wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek.

Opłata administracyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, potrącana w razie odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia.

Opłata wznowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia potrącana w przypadku wznowienia umowy ubezpieczenia.

Rezerwa matematyczna – kwota pieniężna gromadzona przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek regularnych na pokrycie przyszłych zobowiązań płynących z umowy ubezpieczenia.

Rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zmusza ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu

albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt. 2 oraz ust. 3.
- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) działań wojennych, stanu wojennego;
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

W powyższych sytuacjach Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości rezerwy matematycznej według stanu na dzień śmierci Ubezpieczonego.

3.

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż 100 000 zł, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku, oraz że Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.
- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - a) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
 - c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
 - d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym

dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku;
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

4.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych wówczas, gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej dołączonej do umowy ubezpieczenia.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na czas określony, nie krótszy niż 1 rok i nie przekraczający dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 71 lat, z zachowaniem postanowień ust. 2 pkt 2.

2.

- 1) Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.
- 2) Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 61 lat i nie ma ukończonych 64 lat, pod warunkiem że w dniu rozwiązania zawartej przez Ubezpieczonego umowy będzie on miał ukończone nie więcej niż 65 lat.

3.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.

4.

Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli są spełnione wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza;
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym, jeżeli są one wymagane przez Towarzystwo, z wyłączeniem badań genetycznych;
- c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy;
- d) opłacenie należnej składki.

5.
Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie;
- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia;
- c) niezaakceptowania ryzyka.

6.
Badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

7.
Towarzystwo na żądanie Ubezpieczonego udostępni wyniki przeprowadzonych badań medycznych.

8.
Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

9.
Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 8 występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

10.
Podmioty, o których mowa w ust. 8 są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwu w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.

11.
Towarzystwo może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

12.
Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst ogólnych warunków ubezpieczenia.

13.
W razie niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

14.
Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

15.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosownie do postanowień § 3 ust. 3.
- 2) Towarzystwo jest zobowiązane podjąć decyzję w sprawie akceptacji lub odmowy akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 3) Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

16.
Jeżeli Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust.13 stosuje się odpowiednio.

17.
Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić na piśmie uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu – uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

18.
Jeżeli w okresie od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia wystawienia polisy Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczonemu nowe, zmienione warunki ubezpieczenia, a Ubezpieczony ich nie zaakceptuje, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę, bez potrącenia opłaty administracyjnej.

19.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

20.
Z dniem, o którym mowa w ust.19 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

21.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Składki ubezpieczeniowe

1.
Składka może być opłacana regularnie lub jednorazowo.

2.
Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.

3.
Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości oraz trybu opłacania składek i poziomu ochrony ubezpieczeniowej według taryf obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, zależnych od płci i wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia. Składka może być podwyższona przez Towarzystwo

w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki:

- a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego;
- b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby;
- c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód;
- d) tryb życia Ubezpieczonego.

4.

Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

5.

Na całkowitą składkę regularną składają się: składka regularna podstawowa będąca należnością z tytułu umowy ubezpieczenia, składki regularne dodatkowe będące należnościami z tytułu poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do umowy ubezpieczenia oraz opłata polisowa.

6.

Na całkowitą składkę jednorazową składają się: składka jednorazowa podstawowa będąca należnością z tytułu umowy ubezpieczenia oraz opłata polisowa.

7.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.

8.

Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.

9.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszenia świadczenia wypłaconego Uposażonemu o kwotę wymaganej składki, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie prolongaty, a składka należna za ten okres nie została opłacona.

10.

Niezapłacenie składki w okresie prolongaty powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia z dniem upływu okresu prolongaty bez potrzeby poprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.

11.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym. Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przyjęło na siebie ten obowiązek.

§ 6 Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30. dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy. W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia

przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

2.

Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jednak nie wcześniej niż po upływie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

3.

W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokona zwrotu części składki regularnej podstawowej lub składki jednorazowej podstawowej i składki regularnej dodatkowej za każdy pełny miesiąc nie wykorzystanego okresu ubezpieczenia, potrącając ze zwracanej kwoty procentową opłatę administracyjną wskazaną w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 7 Postępowanie w razie zaprzestania opłacania składek

Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu prolongaty.

§ 8 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia wraz z wszelkimi dołączonymi do niej umowami dodatkowymi wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy, z dniem śmierci;
- b) niezapłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnej składki regularnej, z dniem zakończenia okresu prolongaty składki;
- c) niezaakceptowania ryzyka przez Towarzystwo, z upływem trzech miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 9 Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

W razie zaprzestania opłacania składek umowa ubezpieczenia może zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki regularnej.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione poniższe warunki:

- a) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- b) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę wznowieniową w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wznowieniu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia wszystkich zaległych składek i opłaty wznowieniowej na konto Towarzystwa.

4.

Towarzystwo może wznowić umowę ubezpieczenia bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego pisemnego wniosku oraz konieczności spełnienia przez Ubezpieczonego warunków określonych w ust. 2 litera a) w wypadku wpłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Towarzystwa w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 10

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które był zapytywany we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

W razie niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Po upływie 3 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 11

Wyplata świadczeń

1.

W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.

2.

Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez wskazanego pracownika Towarzystwa lub notariusza.

4.

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym Ubezpieczającego i osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

5.

Na podstawie przesłanej dokumentacji Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:

- potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
- zasadności zgłoszonych roszczeń,
- wysokości świadczenia,
- osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
- sposobu przekazania świadczenia.

6.

Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

7.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- oryginału polisy wraz z załącznikami,
- odpisu aktu zgonu,
- zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
- dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.

9.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego określony we wniosku o ubezpieczenie został wskazany błędnie, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ponownego obliczenia składki za zawarte ubezpieczenie. Jeżeli nowa składka okaże się wyższa od tej, która była opłacana, Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy wymienionych wyżej składek wraz z odsetkami.

10.

- Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w polisie.
- W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - współmałżonkowi;
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

11.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

12.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

13.

Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 12

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

2.

Zmiana częstotliwości opłacania składek może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę polisy, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

3.

Czas trwania umowy oraz suma ubezpieczenia zostają określone w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i nie mogą ulec zmianie w trakcie jej trwania, jeśli niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do obciążenia Ubezpieczającego kosztami powstałymi z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego, związanymi z przeprowadzaniem zmian w umowie, wystawianiem duplikatów lub kopii polisy ubezpieczeniowej, administracyjnymi czynnościami związanymi z dokonywaniem cesji praw itp.

5.

Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani powiadamiać Towarzystwo o zmianach danych osobowych zawartych w polisie, w tym adresu zamieszkania, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. W razie niedopełnienia obowiązku określonego powyżej wszelkie oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa wysłane pod ostatnio znany mu adres uważa się za wysłane prawidłowo.

6.

Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości opłat zawartych w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.

Podwyżka opłat w ramach limitu wyznaczonego przez wskaźnik wzrostu cen towarów i usług za okres od ostatniej zmiany nie oznacza zmiany umowy.

§ 13

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

Wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego i Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia oraz w przepisach obowiązujących prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony mają prawo dokonać cesji przysługujących im praw wynikających z umowy ubezpieczenia.

3.

Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający będący osobą fizyczną, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w której kompetencjach leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy.

§ 14

Obowiązki Towarzystwa

1.

Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w razie zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
- 4) opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia Towarzystwa;
- 5) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń Towarzystwa.

2.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

§ 15

Postanowienia końcowe

1.


W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

2.

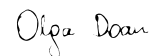
Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 21/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie, i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3.

Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę dodatkową. Jest nim śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na powiększeniu świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku określoną w polisie, jeżeli:

- a) nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- c) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym

- dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
 - k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku;
 - m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Umowa dodatkowa nie może być zawarta w przypadku umów ubezpieczenia ze składką jednorazową.

5.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa, w rocznicę polisy.

6.

Dokupienie umowy, o którym mowa w ust. 5 nie jest możliwe w przypadku umowy ze składką jednorazową.

§ 5 Składki ubezpieczeniowe

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

§ 6 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia;
- b) z dniem określonym w polisie jako dzień wygaśnięcia umowy dodatkowej;

- c) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

§ 7 Postanowienia końcowe

1.


Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.

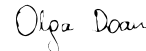
W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 22/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

3.

Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

1.

Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej stwierdzone jednoznacznym rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) lub przebiegu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt g), h), i) pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w ust. 2 pkt g), h), i) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).

Okres karencji – czas, po którym rozpoczyna się okres odpowiedzialności. Wynosi on odpowiednio:

- 180 dni od daty wystawienia polisy lub aneksu do polisy potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania,
- 270 dni od daty wznowienia umowy.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego niż określony powyżej okresu karencji.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Składka regularna dodatkowa – składka z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat.

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne wraz z hospitalizacją lub jego odpowiednik za granicą.

Lekarz specjalista – lekarz o odpowiedniej specjalizacji powołany przez Towarzystwo.

Placówka medyczna – zakład opieki zdrowotnej lub osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej albo specjalistycznej praktyki lekarskiej.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

2.

W rozumieniu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, poniższe terminy będą oznaczać:

- złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
- zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są wypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
- udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wyczerpania krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone

- wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
- d) niewydolność nerek – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - f) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - 1) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - 2) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgoworodzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - 3) obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - g) zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - h) zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - i) przeszczep, Ubezpieczonemu jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

§ 3 Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy najwcześniej w okresie odpowiedzialności. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich przebywania.

3.

Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej może zostać określona jako 1, 2, 3 lub 4 krotność 20 000 zł, chyba że strony mówią się inaczej, niezależnie od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w umowie ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający, we wniosku o którym mowa w § 4 ust. 5, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązujące w Towarzystwie maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

5.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

6.

Do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania nie mają zastosowania postanowienia § 3 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 oraz § 10 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - d) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - e) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - h) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - i) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy;
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

8.

Towarzystwo jest także wolne od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych § 2 ust. 2 pkt g), h), i) wystąpiły przed zawarciem umowy dodatkowej lub w okresie karencji, jak również w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 8 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień § 5 ust. 4, umowa jest automatycznie wznawiana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznawieniowym. Przy automatycznym wznawianiu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznawieniowego jest określony czasem trwania umowy ubezpieczenia jednak nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 54 lat.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Umowa dodatkowa nie może być zawarta w przypadku umów ubezpieczenia ze składką jednorazową.

5.

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na podstawie informacji zawartych w prawidłowo i kompletnie wypełnionym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonym na formularzu Towarzystwa, podpisanym przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego i dostarczonym Towarzystwu lub jego przedstawicielowi (z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 4 i ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia). Warunkiem udzielenia ochrony z tytułu niniejszej umowy jest akceptacja ryzyka przez Towarzystwo. Potwierdzeniem zaakceptowania ryzyka i zawarcia umowy dodatkowej jest oznaczenie jej w polisie dotyczącej umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie.

6.

Jeżeli po zaakceptowaniu ryzyka ubezpieczeniowego i wystawieniu polisy, Ubezpieczający odstąpi od umowy lub ją wypowie, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość potrącenia ze składki opłaty manipulacyjnej, zgodnie z obowiązującą taryfą opłat.

7.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po okresie karencji liczonym od daty wystawienia polisy.

8.

Ubezpieczający, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy.

9.

Dokupienie umowy, o którym mowa w ust. 8 nie jest możliwe w przypadku umowy ze składką jednorazową.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4, składka ubezpieczeniowa w gwarantowanym okresie wznawieniowym jest stała.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki. W takiej sytuacji, Towarzystwo na 6 miesięcy przed datą zakończenia aktualnego rocznego okresu obowiązywania umowy, proponuje Ubezpieczającemu do wyboru – podwyższenie składki lub obniżenie sumy ubezpieczenia. W razie braku odpowiedzi Ubezpieczającego w ciągu 3 miesięcy od otrzymania pisemnej propozycji zmiany warunków opłacania składki uważa się, że umowa ulega wznawieniu na kolejny roczny okres z dotychczasową sumą ubezpieczenia i nową składką.

5.

Jeżeli termin płatności składki przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego a przed uznaniem przez Towarzystwo roszczenia z jego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6

Wygąśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa:

- a) z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- b) z końcem gwarantowanego okresu wznawieniowego,
- c) w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat,
- d) z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
- e) w razie zaprzestania opłacania składek.

§ 7

Wznawienie umowy dodatkowej

1.

W razie wygaśnięcia niniejszej umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Towarzystwa wznowiona pod następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznawieniu za zgodą Towarzystwa,
- b) spełnione są pozostałe warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznawieniu umowy ubezpieczenia.

2.

Po wznawieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie okresu karencji wynoszącym 270 dni od daty wznawienia umowy dodatkowej.

§ 8

Wyplata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, Ubezpieczający lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia

otrzymania tego zawiadomienia pisemnie lub drogą elektroniczną wskaże dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

2.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

5.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

6.

1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

7.

W razie uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 9 Postanowienia końcowe

1.

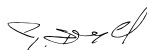
Umowa dodatkowa nie upoważnia Ubezpieczającego do dodatkowego świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

2.

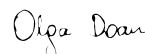
W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 23/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie.

2. Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie, i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

3. Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

1. Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę dodatkową. Jest nim inwalidztwo w rozumieniu umowy dodatkowej trwające nieprzerwanie 6 miesięcy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego Ubezpieczony, będący także Ubezpieczającym, jest niezdolny do opłacania składek.

Inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez TU Allianz Życie Polska S.A., w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do kontynuowania wykonywanej pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej na podstawie posiadanego wykształcenia i doświadczenia zawodowego; jeżeli w okresie 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie wyżej określonej utraty zdrowia Ubezpieczony nie był związany umową o pracę na pełnym etacie, pojęcie inwalidztwa rozszerza się o stałą potrzebę przebywania Ubezpieczonego pod stałą opieką medyczną w domu lub uznanej przez Towarzystwo instytucji przeznaczonej do udzielania tego typu opieki.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

2.

Towarzystwo jest zobowiązane do spełnienia świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego wyłącznie w sytuacji gdy inwalidztwo trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych podstawowych oraz składek regularnych dodatkowych z tytułu tych umów, które to przewidują.

3. Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności składki następującej po powstaniu inwalidztwa Ubezpieczonego i na czas inwalidztwa, nie dłużej jednak niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej dotyczy inwalidztwa począwszy od daty wymagalności składki następującej po powstaniu inwalidztwa, jeżeli inwalidztwo to nastąpiło przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

5. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje inwalidztwa Ubezpieczonego będącego wynikiem:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
- zaburzeń umysłu lub świadomości;
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych;
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Umowa dodatkowa nie może być zawarta w przypadku umów ubezpieczenia ze składką jednorazową.

6.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy.

7.

Dokupienie umowy, o którym mowa w ust. 6 nie jest możliwe w przypadku umowy ze składką jednorazową.

8.

Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

§ 5

Składki ubezpieczeniowe

1.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

2.

W razie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek regularnych do momentu zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej pod rygorem utraty prawa do ochrony ubezpieczeniowej z dniem wymagalności nie opłaconej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych. W razie zaakceptowania roszczenia wypłacone składki od dnia orzeczenia inwalidztwa do dnia

zaakceptowania roszczenia podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej, bez jakichkolwiek odsetek.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia;
- b) z dniem określonym w polisie jako dzień wygaśnięcia umowy dodatkowej;
- c) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat;
- d) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczania Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz przeprowadzania na koszt Towarzystwa badań specjalistycznych Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie zarówno w trakcie rozpatrywania roszczenia jak i po jego zaakceptowaniu, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia lub w zależności od rodzaju inwalidztwa, stopnia zaawansowania oraz przewidywanego okresu trwania.

3.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu.

4.

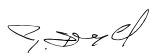
Umowa dodatkowa nie upoważnia Ubezpieczającego do udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw ubezpieczeniowych tworzonych na pokrycie zobowiązań Towarzystwa wynikających z tytułu umowy dodatkowej.

5.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

6.

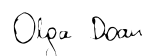
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 24/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób

§ 1

Postanowienia ogólne

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie.

2.
Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

3.
Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa będącego wynikiem:

- a) nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej,
- b) choroby – stwierdzonej rozpoznaniem lekarskim i polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt. b), c), d), e), i pod warunkiem że objawy tych chorób pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych ogólnych warunkach).

Inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek lub jedną z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d) oraz e) niniejszych ogólnych warunków i potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jednej

z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d) oraz e) niniejszych ogólnych warunków. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie odpowiedzialności.

3.
W rozumieniu umowy dodatkowej na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób poniższe terminy będą oznaczać:
a) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego;
b) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
c) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są wypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;

- d) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
- e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie.

4.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

5.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego było wynikiem:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia;
- zaburzeń umysłu lub świadomości;
- napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych;
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- popęśnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
- samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień § 5 ust. 4, umowa jest automatycznie wznawiana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznawieniowym.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznawieniowego jest określony czasem trwania umowy ubezpieczenia jednak nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Umowa dodatkowa nie może być zawarta w przypadku umów ubezpieczenia ze składką jednorazową.

6.

Ubezpieczający, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy.

7.

Dokupienie umowy, o którym mowa w ust. 6 nie jest możliwe w przypadku umowy ze składką jednorazową.

8.

Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4, składka ubezpieczeniowa w gwarantowanym okresie wznawieniowym jest stała.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki. W takiej sytuacji, Towarzystwo na 6 miesięcy przed datą zakończenia aktualnego rocznego okresu obowiązywania umowy, proponuje Ubezpieczającemu do wyboru – podwyższenie składki lub obniżenie sumy ubezpieczenia. W razie braku odpowiedzi Ubezpieczającego w ciągu 3 miesięcy od otrzymania pisemnej propozycji zmiany warunków opłacania składki uważa się, że umowa ulega wznawieniu na kolejny roczny okres z dotychczasową sumą ubezpieczenia i nową składką.

5.

Jeżeli termin płatności składki przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego a przed uznaniem przez Towarzystwo roszczenia z jego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6

Wyplata świadczeń

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

W razie nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia objawów choroby zdefiniowanej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty wydania dokumentu stwierdzającego inwalidztwo przez właściwy organ państwowy. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- polisy ubezpieczeniowej;
- orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;
- w razie inwalidztwa spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek – kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
- w razie inwalidztwa spowodowanego przez wystąpienie jednej z chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 – dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika data rozpoznania choroby;
- dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
- innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

5.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

6.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni

odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

7.

Z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

8.

- Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia, nie wcześniej jednak niż w 31. dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt. 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

9.

W razie uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 7

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat;
- uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 25/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie

Tabela opłat

- | | |
|---|--|
| 1. Opłata polisowa: | |
| a) roczna (dla umów opłacanych regularnie) | • 30 zł rocznie |
| b) jednorazowa (dla umów opłaconych jednorazowo) | • 50 zł |
| 2. Opłata administracyjna: | |
| a) związana z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia | • 70 zł |
| b) związana ze zwrotem składki przy wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia | • 30% składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia |
| 3. Opłata wznowieniowa: | |
| związana ze wznowieniem umowy ubezpieczenia | • 40 zł |

