

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM DLA KLIENTÓW BANKU POLSKA KASA OPIEKI SPÓŁKA AKCYJNA

(kod: WU/Pekao/SEK/01/09)

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (dalej: „Warunki Ubezpieczenia”) określają zasady, na jakich Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, będącym klientami Banku Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna.

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Certyfikat Uczestnictwa** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego pełną ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu,
- 2) **deklaracja przystąpienia** – dokument, w którym klient oświadcza Ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia oraz w którym składa dyspozycję nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu,
- 3) **dzień roboczy** – każdy dzień, inny niż sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy,
- 4) **dzień sesji** – dzień, w którym ustalana jest przez Emitenta certyfikatu depozytowego cena odkupu certyfikatu depozytowego, przypadający na każdy poniedziałek pod warunkiem, że poniedziałek jest dniem roboczym i w dniu tym opublikowane zostały wartości Indeksu zgodnie z zasadami jego publikacji, a rynek obrotu instrumentami pochodnymi na Indeks funkcjonuje w swoim zwyczajowym trybie; w przypadku kiedy poniedziałek nie jest dniem roboczym lub wystąpią zakłócenia w publikacji wartości Indeksu lub w obrocie instrumentami pochodnymi na indeks, dzień sesji przypada na najbliższy dzień spełniający każdy z powyższych warunków,
- 5) **Dzień Wyceny** – dzień, w którym ustalana jest wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu, przypadający na drugi dzień roboczy po dniu sesji oraz poprzedzający dzień zamknięcia Funduszu,
- 6) **dzień wypłaty** – dzień, w którym Ubezpieczyciel dokonuje na wniosek Ubezpieczonego wypłaty wartości wykupu, przypadający na drugi dzień roboczy po Dniu Wyceny,
- 7) **dzień zamknięcia funduszu** – ostatni dzień okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela przypadający na 27 grudnia 2012 roku,
- 8) **Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki Uczestnictwa Funduszu, tworzony przez Ubezpieczyciela odrębnie dla każdego Ubezpieczonego,
- 9) **Jednostka Uczestnictwa** – część Funduszu, będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach,
- 10) **klient** – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym umowę o prowadzenie rachunku bieżącego wkładów oszczędnościowych lub Eurokonta,
- 11) **miesiąc polisowy** – każdy kolejny miesiąc kalendarzowy trwania okresu odpowiedzialności, poczynając od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego w niniejszych Warunkach ubezpieczenia,
- 13) **okres subskrypcji** – okres trwający od dnia 23 listopada 2009 r. do dnia 11 grudnia 2009 r., w którym klient ma możliwość złożenia deklaracji przystąpienia,
- 14) **okres odpowiedzialności** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej,
- 15) **ochrona ubezpieczeniowa** – tymczasowa i pełna ochrona ubezpieczeniowa,
- 16) **opłata początkowa** – opłata pobierana z kwoty składki ubezpieczeniowej przed jej zainwestowaniem, na którą składają się opłata manipulacyjna i opłata za ryzyko,
- 17) **opłata manipulacyjna** – zawarta w opłacie początkowej, opłata przeznaczona na pokrycie kosztów administracyjnych w okresie subskrypcji oraz kosztów przygotowania inwestycji w ramach funduszu,
- 18) **opłata za ryzyko** – zawarta w opłacie początkowej, opłata przeznaczona na pokrycie ryzyka związanego z objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 19) **pełna ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia następujących zdarzeń:
 - a) zgon Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - b) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - c) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
- 20) **Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** (zwany także Regulaminem) – Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Sekura Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA określający zasady funkcjonowania i strategię Funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela, stanowiący załącznik do Warunków Ubezpieczenia,
- 21) **składka ubezpieczeniowa** – kwota opłacona za każdego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego ze środków Ubezpieczonego przeznaczana w części określonej w Warunkach Ubezpieczenia, na nabycie jednostek uczestnictwa funduszu, a w pozostałej części na pokrycie opłaty początkowej,
- 22) **trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie wskutek nieszczęśliwego wypadku** – określone w Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad określonym narządem Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 23) **tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, obowiązujące przed dniem rozpoczęcia pełnej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
- 24) **Ubezpieczający** (zwany także „Bankiem” lub „Emitentem”) – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
- 25) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** (zwany także Funduszem) – Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Sekura Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA stanowiący wydzielony fundusz aktywów tworzony z łącznej kwoty wartości początkowych inwestycji, funkcjonujący na zasadach określonych w Regulaminie,

26) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która jest objęta tymczasową ochroną ubezpieczeniową lub pełną ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia,

27) **Ubezpieczyciel** – Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie,

28) **umowa ubezpieczenia** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem w dniu 20 listopada 2009 r. „Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym dla Klientów Banku Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna”,

29) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu Ubezpieczonego, w sytuacjach wskazanych w Warunkach Ubezpieczenia,

30) **Uprawniony** – Ubezpieczony, uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego,

31) **wartość początkowa inwestycji** – składka ubezpieczeniowa za danego Ubezpieczonego, pomniejszona o opłatę początkową, przeznaczona na nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu,

32) **wartość wykupu** (zwana także: wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa) – kwota wypłacana Ubezpieczonemu w przypadkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, stanowiąca iloczyn liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny Jednostek Uczestnictwa; może dotyczyć całości (wartość wykupu całkowitego) lub części (wartość wykupu częściowego) Jednostek Uczestnictwa.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie określonym w dalszej części Warunków Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące zdarzenia:

1) zgon Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

2) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

3) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

2. W ramach umowy ubezpieczenia, Wartość początkowa inwestycji przeznaczona jest na nabycie Jednostek Uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego na zasadach i warunkach określonych w Regulaminie.

III. OKRES SUBSKRYPCJI

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

§ 5

1. Klient ma możliwość złożenia deklaracji przystąpienia wyłącznie w okresie subskrypcji.

2. W deklaracji przystąpienia klient oświadcza Ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia oraz składa dyspozycję nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu w określonej przez niego ilości.

3. W okresie subskrypcji klient ma możliwość, poprzez wpłatę dodatkowej składki ubezpieczeniowej zwiększyć wysokość sumy ubezpieczenia oraz złożyć dyspozycję nabycia dodatkowych Jednostek Uczestnictwa. Ubezpieczyciel dokona wyliczenia proporcji w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego poszczególnych uposażonych, na zasadach określonych w § 18 ust. 6, oraz wystawi jeden certyfikat uczestnictwa.

WPŁATA NA POCZET SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 6

1. Wpłata na poczet składki ubezpieczeniowej winna nastąpić na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, najpóźniej następnego dnia roboczego po złożeniu przez klienta deklaracji przystąpienia.

2. Wpłatę jak w ust. 1 uznaje się za dokonaną, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu zakończenia okresu subskrypcji.

3. Kwota wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej nie może być niższa od kwoty składki ubezpieczeniowej zadeklarowanej przez klienta w deklaracji przystąpienia, z zastrzeżeniem § 11 ust. 2.

4. W przypadku nie dokonania wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej zgodnie z zasadami ust. 1–3 klient nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz klienta oraz w terminie 5 dni roboczych od dnia nieterminowej wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej dokona zwrotu tej wpłaty, jeżeli taka wpłata została dokonana na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

5. W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota składki ubezpieczeniowej określonej w deklaracji przystąpienia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę w terminie określonym w ust. 4.

REZYGNACJA Z PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Klient do dnia zakończenia okresu subskrypcji ma prawo do rezygnacji z przystąpienia do umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Banku prawidłowo wypełnionego i podpisanego wniosku o rezygnację z przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku rezygnacji z przystąpienia do umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem klienta nie rozpoczyna się a wpłacona na poczet składki ubezpieczeniowej kwota zostaje zwrócona w pełnej wysokości w terminie do 5 dni roboczych od otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust 1.

IV. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 8

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty klient, który w dniu złożenia deklaracji przystąpienia będzie miał ukończone 18 lat i nie będzie miał ukończonego 70 roku życia.

2. Warunkiem objęcia klienta ochroną ubezpieczeniową jest łączne spełnienie warunków:

1) złożenie deklaracji przystąpienia, zgodnie z zasadami określonymi w § 5,

2) dokonanie wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej, zgodnie z zasadami określonymi w § 6.

3. Pełna ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu 17 grudnia 2009 r., z zastrzeżeniem § 7 i § 8 ust 4, i trwa do określonego w § 10, dnia zakończenia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

4. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zakończenia okresu subskrypcji i trwa do dnia poprzedzającego rozpoczęcie pełnej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9 CERTYFIKAT UCZESTNICTWA

1. Dokumentem potwierdzającym objęcie klienta ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia i nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, jest wystawiany przez Ubezpieczyciela certyfikat uczestnictwa.

2. Certyfikat uczestnictwa określa między innymi: okres

odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokość opłaconej składki ubezpieczeniowej, uposażonych i zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej a także liczbę i wartość nabytych Jednostek Uczestnictwa Funduszu wraz z poziomem partycypacji, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Regulaminu. 3. Certyfikat uczestnictwa wystawiany jest w terminie do 10 dni roboczych od dnia zakończenia okresu subskrypcji i przekazywany jest przez Ubezpieczyciela listownie na adres wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia.

ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w zależności od tego co nastąpi pierwsze:

- 1) z chwilą zgonu Ubezpieczonego, lub
- 2) z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym do siedziby Ubezpieczyciela wpłynął wniosek o wykup całkowity lub wniosek o wystąpienie ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia lub
- 3) z określonym w Regulaminie dniem zamknięcia funduszu.

2. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych kończy się w przypadku, gdy Ubezpieczający w terminie do 22 grudnia 2009 r. wypowie umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, w szczególności w przypadku gdy certyfikat depozytowy, o którym mowa w Regulaminie nie zostanie wyemitowany. Ubezpieczyciel powiadomi o tym fakcie Ubezpieczonych i zwróci Ubezpieczającemu, na wskazane przez Ubezpieczonych rachunki bankowe składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 5 dni roboczych od otrzymania przez Ubezpieczyciela wypowiedzenia.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, opłacana jest, jednorazowo z góry, za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3.

2. Minimalna wysokość składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego nie może być niższa niż określona w Załączniku nr 1 do Regulaminu, minimalna wartość początkowa inwestycji, powiększona o opłatę początkową.

3. Składka ubezpieczeniowa, po pobraniu opłaty początkowej, zgodnie z § 12, przeznaczona jest na nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu i stanowi wartość początkową inwestycji.

4. Nabyte Jednostki Uczestnictwa ewidencjonowane są na indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa Ubezpieczonego.

VI. OPŁATY

ZASADY I TERMINY POBIERANIA OPŁAT

§ 12

1. Ubezpieczyciel z wartości opłaconej składki ubezpieczeniowej pobiera opłatę początkową, w ramach której zawarta jest opłata manipulacyjna i opłata za ryzyko, pobierane jednorazowo z góry, za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Pozostała wartość składki ubezpieczeniowej przeznaczona jest na nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, zgodnie z § 11 ust. 3.

2. Wysokość opłaty początkowej wynosi maksymalnie 2,5% Wartości początkowej inwestycji.

3. Wysokość opłaty za ryzyko wynosi 0,36% wartości początkowej inwestycji.

4. Opłata początkowa pobierana jest jednorazowo z wartości składki ubezpieczeniowej, przed jej zainwestowaniem.

VII. WARTOŚĆ WYKUPU

ZASADY I TERMIN WYPŁATY WARTOŚCI WYKUPU

§ 13

1. W okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma prawo do otrzymania wartości wykupu całkowitego lub częściowego.

2. Ubezpieczający albo Ubezpieczyciel działający na wniosek Ubezpieczonego, udziela Ubezpieczonemu informacji o aktualnej wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3. Wykup następuje poprzez umorzenie odpowiednio całości lub części Jednostek Uczestnictwa Funduszu zaewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa, na zasadach określonych w Regulaminie.

4. Ubezpieczony składa wniosek o wypłatę wartości wykupu w formie pisemnej za pośrednictwem Banku.

5. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę wartości wykupu częściowego, Ubezpieczony zobowiązany jest do podania liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu podlegających umorzeniu.

6. Wartość wykupu całkowitego lub wartość wykupu częściowego ustalana jest na najbliższy Dzień Wyceny następujący po weryfikacji, o której mowa w ust. 7 i 8.

7. Wypłata wartości wykupu dokonywana jest w terminie do 2 dni roboczych od Dnia Wyceny, po uprzedniej weryfikacji poprawności wniosku określonego w ust. 4, dokonanej przez Ubezpieczyciela przed dniem sesji, poprzedzającym Dzień Wyceny.

8. Weryfikacja, o której mowa w ust. 7, nie może trwać dłużej niż 1 dzień roboczy, począwszy od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o którym mowa w ust. 4.

9. Wartość wykupu określona w ust. 7, wypłacana jest jednorazowo, na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy Ubezpieczonego.

10. W przypadku złożenia wniosku o wykup całkowity, wypłacana jest:

1) wartość wykupu całkowitego – w terminie określonym w ust. 7 oraz

2) opłata za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej – w terminie jak w pkt 1.

11. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o wykup całkowity, odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem określonym w § 10 pkt 2.

VIII. SUMA UBEZPIECZENIA. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 14

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskazanej w ust. 2 niniejszego paragrafu.

2. Na sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego składają się:

1) wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa na najbliższy Dzień Wyceny przed dniem wypłaty świadczenia,

2) 10% wartości początkowej inwestycji, jednak nie więcej niż 30.000 PLN.

SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 15

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w ust. 3 niniejszego paragrafu.

2. Świadczenie określone w ust. 1 wypłacane jest niezależnie od świadczenia, o którym mowa w § 14.
3. Sumą ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest niższa z dwóch wartości: 100% wartości początkowej inwestycji lub 100.000 PLN.
4. Pomiedzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone jeżeli zgon nastąpi przed upływem 90 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 16

1. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonego w ust 6 procentu sumy ubezpieczenia wskazanej w ust. 2 niniejszego paragrafu.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi niższa z dwóch wartości: 100% wartości początkowej inwestycji lub 100.000 PLN.
3. Wypłata świadczenia określonego w ust. 1 i 2, nie powoduje wypłaty wartości wykupu.
4. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:
 - 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad następującymi 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.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 90 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu przypisany poniżej do danego zdarzenia procent sumy ubezpieczenia:

Rodzaj uszczerbku zdrowia	% sumy ubezpieczenia
1. Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	
a) kończyna górną – w stawie barkowym	70 %
b) kończyna górną – powyżej stawu łokciowego	65 %
c) kończyna górną – poniżej stawu łokciowego	60 %
d) kończyna górną – poniżej nadgarstka	55 %
e) kończyna dolna – powyżej środkowej części uda	70 %
f) kończyna dolna – poniżej środkowej części uda	60 %
g) kończyna dolna – poniżej stawu kolanowego	50 %
h) kończyna dolna – poniżej środkowej części (podudzia)	45 %
i) kończyna dolna – stopa	40 %
j) kończyna dolna – stopa z wyłączeniem pięty	30 %
2. Całkowita fizyczna utrata	
a) kciuka	15 %
b) palca wskazującego	10 %
c) innego palca u ręki	5 %
d) palucha	5 %
e) innego palca u stopy	2 %

3. Całkowita utrata	
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 %

7. Jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia równe sumie kwot określonych w ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 8-10.
8. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w ust. 6, w okresie obejmowania Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w ust. 2.
9. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci najwyżej ze świadczeń wskazanych w ust. 6, które dotyczą tego narządu.
10. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu Ubezpieczonego, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 6 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 17

1. Ubezpieczyciel wypłaci Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa w miejsce sumy ubezpieczenia, jeśli określone w § 4 ust. 1 pkt 1 zdarzenie zaistniało w okresie odpowiedzialności bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) aktów wojny (w tym wojny domowej), działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub sabotażu,
 - 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 lub stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
 - 5) następstw chorób, które przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli określone w § 4 ust. 1 pkt 2-3 zdarzenie zaistniało w okresie odpowiedzialności bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) aktów wojny (w tym wojny domowej), działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub sabotażu,
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 3) 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 lub stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
 - 4) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,

- 5) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- 6) następstw zdarzeń zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 7) następstw chorób, które przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem,
- 8) nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,
- 9) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
- 10) uprawiania sportów o wysokim stopniu ryzyka, jak i czynnego udziału Ubezpieczonego w zajęciach, wyścigach, rajdach, kwalifikacjach i treningach, związanych bezpośrednio z uprawianiem sportów o wysokim stopniu ryzyka, definiowanych na potrzeby niniejszych Warunków Ubezpieczenia jako dyscypliny sportowe, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi i działania w warunkach dużego ryzyka, do których należą m. in.: sporty lotnicze (z wyjątkiem modelarstwa lotniczego i kosmicznego), sporty motorowe, sporty motorowodne, narciarstwo wodne, kajakerstwo górskie, alpinizm jaskiniowy, wspinaczka wysokogórska, nurkowanie głębinowe, z wyłączeniem form aktywności fizycznej, spełniających definicję rekreacji ruchowej w rozumieniu ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej, zgodnie z którą rekreacja ruchowa jest formą aktywności fizycznej, podejmowaną dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych,
- 11) uczestnictwa w ruchu powietrznym samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera,
- 12) próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,
- 13) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek całkowitej trwałej niezdolności do pracy i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 18

1. Ubezpieczony w deklaracji przystąpienia może wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego uznaje się, że wszystkie udziały są równe; suma udziałów musi być równa 100 %.
3. Z zachowaniem zasad określonych w niniejszym paragrafie, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, przysługuje Uposażonym, z zastrzeżeniem ust 7.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, przysługuje Ubezpieczonemu na zasadach określonych w § 16
5. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne jeśli osoba ta zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
6. W przypadku wpłaty dodatkowej składki ubezpieczeniowej zgodnie z § 5 ust. 3, Uposażonym wypłacane jest jedno świadczenie ubezpieczeniowe w proporcjach określonych przez Ubezpieczonego, z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy niektórym z Uposażonych nie przysługuje świadczenie lub niektórym Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.

8. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako Uposażeni nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby zmarły przed śmiercią Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi – w całości
- 2) dzieciom – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,
- 3) rodzicom – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
- 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem Skarbu Państwa – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.

9. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany Uposażonych, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym zakresie.

10. Zmiana uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia, o którym mowa w ust. 9.

11. Ubezpieczyciel potwierdza Ubezpieczonemu na piśmie dokonanie zmiany Uposażonych.

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 19

1. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, osoba uprawniona do jego otrzymania, zobowiązana jest przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia”,
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpieczonego wystawione przez lekarza lub właściwe władze – karta zgonu (wystawiona przez lekarza stwierdzającego zgon) lub protokół badania sekcyjnego lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu wydane przez USC,
 - 4) opis okoliczności zdarzenia,
 - 5) protokół bhp, jeżeli wypadek był wypadkiem przy pracy,
 - 6) zeznania świadków wypadku,
 - 7) dokumenty wskazujące jednoznacznie na fakt wystąpienia nieszczęśliwego wypadku (np. dokumenty z Policji, Prokuratury, itp.),
 - 8) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mającym na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego,
 - 9) inne dokumenty (np. orzeczenia sądu o uznaniu Ubezpieczonego za osobę zmarłą, postanowienia o nabyciu spadku) dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia.
2. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłata świadczenia uzależniona będzie od przedstawienia Ubezpieczycielowi dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia, a w szczególności:
 - 1) wypełnionego formularza Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia”,
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia,
 - 3) protokołu bhp, jeżeli wypadek był wypadkiem przy pracy,
 - 4) wszelkiej posiadanej dokumentacji dotyczącej nieszczęśliwego wypadku i leczenia w tym dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy,
 - 5) zaświadczeń lekarskich stwierdzających rodzaj doznanych obrażeń lub karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - 6) wyników badań lekarskich wykonywanych przez Ubezpieczonego w związku z zaistniałym trwałym inwalidztwem w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) zaświadczeń lekarskich stwierdzających zakończenie leczenia oraz rehabilitacji (jeżeli została zalecona przez lekarza prowadzącego),
 - 8) adresów placówek służby zdrowia, z których usług korzystał Ubezpieczony,

- 9) dokumentów jednoznacznie wskazujących na przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) dokumentów wydanych w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mającym na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku,
 - 11) innych dokumentów dodatkowo wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.
3. Ubezpieczyciel udziela szczegółowych informacji o trybie zgłaszania roszczeń pod numerem infolinii 801 107 107 (z telefonu stacjonarnego) lub +48 58 555 55 55 (z telefonu komórkowego).

SPOSÓB I TERMIN PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA

§ 20

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela ustalana jest na najbliższy Dzień Wyceny przed dniem wypłaty świadczenia uprawnionemu.
4. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełnia w terminie przewidzianym w ust. 1 powyżej.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określone w zgłoszeniu roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym odpowiednio w ust. 1, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
6. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel pisemnie informuje Uprawnionego o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczony – w przypadku roszczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku – jest zobowiązany (na żądanie Ubezpieczyciela), wykonać badania lekarskie, u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
8. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 7, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia umowy ubezpieczenia.
9. 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.

X. WYSTĄPIENIE UBEZPIECZONEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA

WYSTĄPIENIE UBEZPIECZONEGO Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Ubezpieczonemu po zakończeniu okresu subskrypcji, tj. od chwili objęcia go tymczasową ochroną ubezpieczeniową, przysługuje prawo do wystąpienia z umowy ubezpieczenia,
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wypłacana jest na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy Ubezpieczonego:

- 1) wartość wykupu całkowitego – w terminie określonym w § 13 ust. 7 oraz
- 2) opłata za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej – w terminie jak w ppkt a.
3. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego wniosku wystąpienia z umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem określonym w § 10 ust. 1 pkt. 2.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

TRYB SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI

§ 22

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego powinny być składane na piśmie i wywierają skutki prawne z chwilą ich doręczenia z zastrzeżeniem § 7 ust. 1.
2. W korespondencji należy powoływać się odpowiednio na numer deklaracji przystąpienia lub numer certyfikatu uczestnictwa.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 23

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika, po przesłaniu tych skarg i zażaleń w formie pisemnej na adres siedziby Ubezpieczyciela: Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Skargi i zażalenia mogą być również składane 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, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

§ 24

1. Ubezpieczyciel ma prawo dokonania zmiany Warunków Ubezpieczenia z zachowaniem trybu oraz warunków określonych obowiązującymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do powiadomienia Ubezpieczyciela o zmianie adresu zamieszkania i danych osobowych swoich oraz uposażonych.
3. Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 2 powyżej, skutkuje tym, że korespondencję wysłaną pod ostatnio wskazany adres uznaje się za skutecznie doręczoną.
4. 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.

PODATKI I OPŁATY

§ 25

1. Ewentualne podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela ani Ubezpieczającego.
2. Aktualne zasady opodatkowania świadczeń zawarte zostały w Załączniku nr 2 do Warunków Ubezpieczenia.

SPRAWY NIEUREGULOWANE

§ 26

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

§ 27

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 23 listopada 2009 r.