

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Trwałego Kalectwa Uposażonego

SPIS TREŚCI:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Trwałego Kalectwa Uposażonego	str 1	OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 7
POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 1	WYPŁATA ŚWIADCZENIA	str 8
DEFINICJE	str 1	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 8
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	str 2	Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Kalectwa Dziecka Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem	str 9
ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 2	POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 9
OCHRONA TYMCZASOWA	str 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA	str 9
UBEZPIECZONY, UBEZPIECZAJĄCY I UPOSAŻONY	str 3	UMOWA DODATKOWA	str 9
UMOWA UBEZPIECZENIA	str 3	SUMA UBEZPIECZENIA	str 9
ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY	str 3	ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 9
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	str 4	POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 10
WARTOŚĆ WYKUPU	str 4	OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 10
UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE	str 4	WYPŁATA ŚWIADCZENIA	str 11
INDEKSACJA	str 4	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 11
UDZIAŁ W ZYSKU	str 4	Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy	str 13
WYPŁATA ŚWIADCZENIA	str 5	POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 13
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	str 5	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	str 13
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 5	UBEZPIECZONY I UBEZPIECZAJĄCY	str 13
SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ, SKARG I WNIOSKÓW	str 6	UMOWA DODATKOWA	str 13
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	str 7	SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ	str 13
POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 7	ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 13
PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ	str 7	POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 14
UMOWA DODATKOWA	str 7	OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 14
SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ	str 7	SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA	str 14
ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	str 7	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 14
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 7		

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Trwałego Kalectwa Uposażonego, zwane dalej „Ogólnymi Warunkami”, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych z SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

DEFINICJE

§ 2.

Określenia użyte w Ogólnych Warunkach oznaczają:

- Ubezpieczyciel** - SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna,
- Ubezpieczony** - osobę, na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia,
- Ubezpieczający** - podmiot zawierający z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia, zobowiązany do opłacania składek,
- upożazony** - osobę wskazaną przez Ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego oraz osobę, na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia,
- wiek Ubezpieczonego** - wiek ustalony jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego, określane dla daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub w rocznicę polisy,
- polisa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- rocznica rolisy** - każdą kolejną rocznicę daty wskazanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia,
- składka** - kwotę należną od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia,

- nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego,
- suma ubezpieczenia** - suma określona w polisie, stanowiąca podstawę do obliczenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych,
- okres ubezpieczenia** - okres, na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- umowa ubezpieczenia** - umowę zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków,
- data zawarcia umowy ubezpieczenia** - dzień podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i przedstawiciela Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia pierwszej składki,
- akt przemocy** - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewała ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby - w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej - zostaje ograniczona,
- akt terroru** - dokonanie lub groźba lub usiłowanie dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo pozbawieniu wolności, bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, chemicznych, biologicznych lub radiologicznych, wszelkich przedmiotów lub narzędzi, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu,
- trwałe kalectwo** - całkowita utrata wzroku w obu oczach lub całkowita utrata słuchu w obu uszach lub całkowita fizyczna utrata lub całkowita utrata władzy w dwóch kończynach, przy czym kończyny górnej powyżej nadgarstka, a kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego oraz życie i zdrowie uposażonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
 - 2) dożycie przez uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) trwałe kalectwo uposażonego w okresie ubezpieczenia wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres ubezpieczenia, w zależności od wyboru Ubezpieczającego, może dodatkowo objąć:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) całkowite lub częściowe trwałe kalectwo uposażonego w okresie ubezpieczenia na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Kalectwa Dziecka Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - 3) całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - 4) inne ryzyka dodatkowe zgodnie z ofertą Ubezpieczyciela.
4. Zakres ubezpieczenia określa polisa.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4.

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w formie renty kwartalnej w wysokości 6% sumy ubezpieczenia kwartalnie - płatnej od dnia śmierci Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do końca życia uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 3.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz powstania trwałego kalectwa uposażonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia, niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w formie renty kwartalnej w wysokości 6% sumy ubezpieczenia kwartalnie - płatnej od dnia bezpośrednio następującego po ostatnim dniu okresu ubezpieczenia do końca życia uposażonego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego bądź trwałego kalectwa uposażonego zostanie ograniczona do wartości wykupu oraz do wartości rachunku zysków dodatkowych (o ile wartość ta jest wyższa niż zero), jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub trwałe kalectwo uposażonego nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio lub następnie:
 - 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub aktach terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 2) wojny, stanu wyjątkowego, działań wojennych lub stanu wojennego, przy czym do działań wojennych zalicza się również m.in.: działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa.
4. W przypadku dożycia przez uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci mu sumę ubezpieczenia oraz wartość rachunku zysków dodatkowych (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
5. Do chwili upływu trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może podnieść zarzut, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe.
6. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia.
7. Nie ma prawa do świadczenia osoba, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego lub uposażonego.

OCHRONA TYMCZASOWA

§ 5.

1. Ubezpieczyciel udziela osobie określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony ochrony tymczasowej na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem. Ochrona tymczasowa trwa od dnia następującego po spełnieniu łącznie dwóch warunków: złożeniu do Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wpłaceniu pierwszej składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Jako dzień łącznego spełnienia warunków opisanych powyżej rozumie się dzień spełnienia późniejszego z warunków.
2. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż 60 dni od dnia spisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jej powstanie uzależnione jest jednak od opłacenia pierwszej składki. Jeżeli opłacenie pierwszej składki nastąpi w dniu późniejszym niż dzień spisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, okres objęcia Ubezpieczonego ochroną tymczasową ulega odpowiedniemu skróceniu, zgodnie z postanowieniami ust. 1.
3. Ubezpieczyciel poświadcza udzielenie ochrony tymczasowej na formularzu potwierdzenia ochrony tymczasowej.
4. Ochrona tymczasowa wygasa przed upływem 60 dni:
 - 1) w przypadku niedostarczenia przez Ubezpieczającego dokumentów niezbędnych do podjęcia decyzji odnośnie akceptacji ryzyka, w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela,
 - 2) z chwilą otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z umowy ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.
5. Świadczenie z tytułu ochrony tymczasowej wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 50.000 zł.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 5) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego,
 - 6) wypadku lotniczego, o ile Ubezpieczony był w chwili wypadku pasażerem nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości,
 - 8) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków i narkotyków przez Ubezpieczonego,
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 10) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 11) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - 12) obrażeń ciała doznanych przed datą rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 13) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana chorobą, w tym występującą nagle, taką jak np.: zawał serca, udar mózgu.

UBEZPIECZONY, UBEZPIECZAJĄCY I UPOSAŻONY

§ 6.

1. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu zawarcia umowy Ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie przekroczyła 55. roku życia.
2. Ubezpieczającym może być jedynie Ubezpieczony.
3. uposażonym może być osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie przekroczyła 18. roku życia.
4. Ubezpieczony przy składaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazuje imiennie jednego uposażonego spełniającego wymogi określone w pkt. 3.

§ 7.

1. W przypadku śmierci uposażonego w okresie ubezpieczenia Ubezpieczony, w terminie 90 dni od dnia śmierci uposażonego, może wskazać innego uposażonego, spełniającego warunki, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach.
2. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże innego uposażonego w przypadku, o którym mowa w pkt. 1, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90 dni od daty śmierci uposażonego, a Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu preferencyjną wartość wykupu równą 102% wartości wykupu.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas oznaczony.
2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający określa długość okresu ubezpieczenia, z tym że:
 - 1) minimalny okres ubezpieczenia wynosi 5 lat i kończy się najpóźniej w roku, w którym uposażony ukończy 25 lat, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym uposażony ukończy 18 rok życia,
 - 2) okres ubezpieczenia kończy się najpóźniej w roku, w którym Ubezpieczony ukończy 75 lat, z zastrzeżeniem, że maksymalny okres ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 25 lat,
3. okres ubezpieczenia może zostać skrócony:
 - 1) w przypadku okresu ubezpieczenia dłuższego niż 20 lat - maksymalnie o 7 lat,
 - 2) w przypadku okresu ubezpieczenia równego lub krótszego niż 20 lat, a dłuższego niż 15 lat - maksymalnie o 5 lat,
 - 3) w przypadku okresu ubezpieczenia równego lub krótszego niż 15 lat, a równego lub dłuższego niż 10 lat - maksymalnie o 3 lata, jeśli pełnoletni uposażony wstąpił w związek małżeński, rozpoczął studia, nabył dom lub mieszkanie. W przypadku opisanego powyżej skrócenia okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci preferencyjną wartość wykupu wynoszącą 102% wartości wykupu oraz wartość rachunku zysków dodatkowych Ubezpieczonego (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).

§ 9.

1. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia są:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, składany przez Ubezpieczającego, wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela,
 - 2) dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego składki na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia może zostać uzależnione od wyników badań medycznych i analiz laboratoryjnych Ubezpieczonego lub uposażonego wykonanych w ramach oceny ryzyka, świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub uposażonego. Badania, o których mowa powyżej, przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i na jego koszt.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania od Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wszelkich innych informacji mogących mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zaakceptowaniu ryzyka i zawarciu umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony w okresie od złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji odnośnie akceptacji ryzyka mają obowiązek informowania Ubezpieczyciela o zmianie stanu zdrowia Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do niezaakceptowania ryzyka lub do zaproponowania umowy ubezpieczenia na odmiennych warunkach. W przypadku, gdy postanowienia umowy odbiegają na niekorzyść od złożonej we wniosku oferty lub Ogólnych Warunków, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając przynajmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść przez Ubezpieczyciela są nieważne. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, umowa ubezpieczenia zawierana jest na warunkach uzgodnionych przez strony umowy ubezpieczenia.

§ 10.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu określonym w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu opłacenia przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 11.

W razie zagubienia lub zniszczenia polisy Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego wystawia duplikat polisy.

§ 12.

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach obejmujących ich dane personalne lub adresowe oraz zmianach danych personalnych lub adresowych.
2. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski dotyczące umowy ubezpieczenia, składane są wyłącznie na piśmie, pod rygorem nieważności.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel zmienił adres lub siedzibę i nie zawiadomił o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, przyjmuje się, że Ubezpieczający i Ubezpieczony dopełnili swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany im adres siedziby Ubezpieczyciela.
4. Za dzień złożenia oświadczenia woli przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uposażonego uznawany jest dzień wpływu zawiadomienia, oświadczeń i wniosków dotyczących umowy ubezpieczenia do siedziby Ubezpieczyciela.

ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY

§ 13.

1. Ubezpieczający, za zgodą i w granicach ustalonych przez Ubezpieczyciela może w rocznicę polisy:
 - 1) zmienić częstotliwość opłacania składki,
 - 2) rozszerzyć zakres ubezpieczenia o ubezpieczenia dodatkowe, znajdujące się aktualnie w ofercie Ubezpieczyciela, o ile przewidują to ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) zmienić formę przekazywania udziału w zysku przyznawanego od dnia najbliższej rocznicy polisy z Dodatkowej Ochrony na Konto Zysku.
2. Najpóźniej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczający może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie woli o dokonaniu zmian, o których mowa w ust. 1, na formularzu wskazanym przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 14.

Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę w wysokości, terminach i na warunkach określonych w polisie.

§ 15.

1. Ubezpieczający deklaruje we wniosku o zawarcie ubezpieczenia wysokość składki. Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, rocznie albo jednorazowo.
2. Wpłata pierwszej składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Składkę uważa się za zapłaconą z chwilą jej wpływu w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający obowiązany jest do zapłaty składki z góry, najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci składki w terminie określonym w pkt. 4, może zaległą składkę zapłacić nie później niż w okresie przedłużenia terminu płatności składki wynoszącym 30 dni (w okresie prolongaty).
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci składki w okresie prolongaty:
 - 1) zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia z końcem okresu prolongaty, pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego po terminie płatności zaległej składki do zapłaty zaległej składki w terminie do końca okresu prolongaty pod rygorem ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu prolongaty;

- 2) w ciągu pierwszych dwóch lat okresu ubezpieczenia - zastosowanie mają przepisy § 26 pkt. 3;
 - 3) po upływie pierwszych dwóch lat okresu ubezpieczenia - ma prawo złożyć wniosek o wypłatę wartości wykupu, zgodnie z postanowieniami § 18 lub wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, zgodnie z postanowieniami § 19;
 - 4) po upływie pierwszych dwóch lat okresu ubezpieczenia - jeżeli Ubezpieczający nie złoży wniosku o wypłatę wartości wykupu ani wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, umowa jest rozwiązywana z końcem 90. dnia po terminie płatności zaległej składki, pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego po terminie płatności zaległej składki do zapłaty składki pod rygorem rozwiązania umowy ubezpieczenia z końcem 90. dnia po terminie płatności składki, a Ubezpieczającemu jest wypłacana wartość wykupu.
7. W przypadku zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w pkt. 6 ust. 1), ochrona ubezpieczeniowa może zostać wznowiona na dotychczasowych warunkach począwszy od następnego dnia po opłaceniu wszystkich zaległych składek, o ile umowa ubezpieczenia nie została wcześniej rozwiązana.

§ 16.

Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek, obowiązującej w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, w zależności od sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, płci, wieku Ubezpieczonego i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

§ 17.

Obowiązek opłacania składek ustaje:

1. z końcem okresu, za który opłacona została składka, jeżeli w tym okresie Ubezpieczony zmarł,
2. z chwilą przekształcenia umowy ubezpieczenia w Ubezpieczenie bezskładkowe,
3. z upływem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

WARTOŚĆ WYKUPU

§ 18.

1. Ubezpieczającemu, po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia oraz pod warunkiem opłacenia wszystkich składek należnych za ten okres, przysługuje prawo do wypłaty wartości wykupu. W przypadku opłacenia składki jednorazowej prawo do wartości wykupu przysługuje z początkiem okresu ubezpieczenia.
2. Wartość wykupu określana jest w zależności od sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu, jaki upłynął od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, płci, wieku Ubezpieczonego i wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego w chwili zawierania umowy ubezpieczenia.
3. Wartość wykupu w kolejnych latach okresu ubezpieczenia określana jest w polisie.
4. Po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę odpowiadającą wartości wykupu, pomniejszoną o składki należne, ale nieopłacone.
5. Ubezpieczyciel wypłaca wartość wykupu w terminie 30 dni od otrzymania wypełnionego zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę wartości wykupu wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby uprawnionej.
6. Ubezpieczyciel jednocześnie z wartością wykupu wypłaca wartość rachunku zysków dodatkowych Ubezpieczonego (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
7. Prawo do wypłaty wartości wykupu wygasa po rozpoczęciu wypłat renty z tytułu Trwałego Kalectwa uposażonego.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 19.

1. Po upływie pierwszych 2 lat Okresu Ubezpieczenia oraz pod warunkiem opłacenia wszystkich składek należnych za ten okres, Ubezpieczający może złożyć wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia na umowę bezskładkową. Zmiana umowy ubezpieczenia możliwa jest po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.

2. Zmiana umowy ubezpieczenia na umowę bezskładkową skutkuje zwolnieniem Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek i obniżeniem sumy ubezpieczenia.
3. Jeżeli suma ubezpieczenia dla danej umowy ubezpieczenia jest niższa od minimalnej wysokości sumy ubezpieczenia bezskładkowego, Ubezpieczyciel wypłaca wartość wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych Ubezpieczonego (o ile wartość ta jest wyższa niż zero), zgodnie z postanowieniami § 17.
4. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zysku oraz do wypłaty wartości wykupu wraz z wartością rachunku zysków dodatkowych (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
5. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na wznowienie opłacania składek przez Ubezpieczającego na warunkach określonych przez strony umowy ubezpieczenia, jeżeli nie minął okres 12 miesięcy od daty zmiany umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt. 1 i 2.

INDEKSACJA

§ 20.

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Indeksacji, czyli podwyższenia sumy ubezpieczenia o wskaźnik zaproponowany przez Ubezpieczyciela bez konieczności poddawania się dodatkowym badaniom lekarskim ani wykonywania analiz laboratoryjnych. Indeksacja sumy ubezpieczenia oznacza wzrost składki.
2. Indeksacja sumy ubezpieczenia nie jest dokonywana w trakcie ostatnich 5 lat okresu ubezpieczenia.
3. W terminie nie później niż 30 dni przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości wskaźnika indeksacji, sumy ubezpieczenia oraz składki na rok następny.
4. Wskaźnik indeksacji jest ustalany przez Ubezpieczyciela w oparciu o wskaźnik inflacji publikowany przez Główny Urząd Statystyczny.
5. Brak pisemnego sprzeciwu Ubezpieczającego doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż 14 dni przed rocznicą polisy uważa się za wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia o zaproponowany przez Ubezpieczyciela wskaźnik indeksacji.
6. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu w stosunku do indeksacji w dwóch kolejnych latach prawo Ubezpieczającego do indeksacji wygasa.
7. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może wybrać wariant indeksacji z gwarantowanym minimalnym poziomem wskaźnika indeksacji. Decyzja o wyborze wariantu indeksacji nie może zostać zmieniona w trakcie okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższania sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, jeżeli jest on zwolniony z opłacania składek z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Całkowitej Niezdolności Do Pracy. Prawo do indeksacji nie przysługuje także w trakcie ubezpieczenia bezskładkowego oraz w przypadku jednorazowego opłacenia składki.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 21.

1. Ubezpieczający może przekazać udział w zysku na:
 - 1) tworzenie dodatkowej sumy ubezpieczenia wypłacanej w przypadku zaistnienia zdarzeń określonych w § 4 pkt. 5 (forma Dodatkowa Ochrona);
 - 2) powiększenie wartości rachunku zysków dodatkowych (forma Konto Zysku); wartość rachunku zysków dodatkowych zostanie wypłacona w przypadku dożycia przez uposażonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz w sytuacji i trybie określonym w § 21, pkt. 9-11.
2. Decyzję o formie przekazania udziału w zysku Ubezpieczający podejmuje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający jako formę udziału w zysku wybrał Dodatkową Ochronę, to najpóźniej 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczający może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie woli o zmianie formy udziału w zysku na Konto Zysku. Ubezpieczyciel okresowo ustala wysokość opłaty związanej ze zmianą formy przekazywania udziału w zysku.
3. Stopa zysku osiągniętego przez Ubezpieczyciela jest równa stopie zwrotu z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, ustalonej corocznie z uwzględnieniem kosztów działalności lokacyjnej.

4. Kwota przyznanego corocznie udziału w zysku jest sumą:
 - 1) co najmniej 85% zysku z zainwestowania aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (bez rezerwy na udział w zysku w formie rachunku zysków dodatkowych) przypadających dla danej umowy ubezpieczenia, pomniejszone o zysk gwarantowany na poziomie technicznej stopy procentowej, jeśli obliczona różnica jest dodatnia,
 - 2) co najmniej 85% zysku z zainwestowania aktywów stanowiących pokrycie rezerwy na przyznany udział w zysku w formie rachunku zysków dodatkowych, przypadającej dla danej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczający wybrał udział w zysku w formie Konta Zysku, to kwota przyznanego udziału w zysku powiększa wartość rachunku zysków dodatkowych.
6. W przypadku wybrania udziału w zysku w formie Dodatkowej Ochrony kwota przyznanego udziału w zysku staje się jednorazową składką przeznaczoną na utworzenie dodatkowej sumy ubezpieczenia.
7. Indeksacja, o której mowa w § 20 nie dotyczy dodatkowej sumy ubezpieczenia.
8. Każdorazowo, po przyznaniu Ubezpieczającemu udziału w zysku, Ubezpieczyciel poinformuje o wysokości przyznanego udziału w zysku i aktualnej wysokości świadczeń w zawiadomieniu wystosowanym do Ubezpieczającego.
9. Po upływie pierwszych 10 lat okresu ubezpieczenia, jeśli okres ten wynosi co najmniej 15 lat, na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o wypłatę części lub całości wartości rachunku zysków dodatkowych, o którym mowa w pkt. 1, ust. 2 (o ile wartość ta jest wyższa niż zero).
10. Minimalna wartość wypłaty z rachunku zysków dodatkowych wynosi 1000 zł.
11. Wypłaty z rachunku zysków dodatkowych nie mogą następować częściej, niż co 5 lat.
12. W przypadku śmierci Ubezpieczonego następuje zmiana formy udziału w zysku na Konto Zysku. Ta zmiana jest zwolniona z opłat.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 22.

W przypadku nieopłacenia składki lub opłacenia jej w niższej wysokości niż należna, wysokość świadczenia zostanie obniżona o kwotę równą niezapłaconej składce.

§ 23.

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni poinformuje pisemnie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela formularza zgłoszenia roszczenia, dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej oraz dokumentów, o których mowa w pkt. 1.
3. Jeżeli wniosek o wypłatę świadczenia dotyczy świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, osoba uprawniona obowiązana jest dodatkowo przedstawić Ubezpieczycielowi uwierzytelnioną kopię karty zgonu Ubezpieczonego lub uwierzytelnioną kopię zaświadczenia lekarskiego o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub oryginał skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wniosek o wypłatę świadczenia dotyczy świadczenia z tytułu śmierci w okresie ochrony tymczasowej, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie osobie uprawnionej, po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) oryginału formularza potwierdzenia ochrony tymczasowej,
 - 3) dowodu wpłaty pierwszej składki,
 - 4) oryginału skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) wszystkich dokumentów stwierdzających przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia (zaświadczenie lekarskie o przyczynie śmierci, karta zgonu Ubezpieczonego, raport policyjny itp.), potwierdzających śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) dokumentów potwierdzających tożsamość osoby uprawnionej.
5. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła za granicą, karta zgonu powinna być uwierzytelniona przez polską placówkę dyplomatyczną.

6. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż wynikałoby to z wniosku o wypłatę świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną częściowej lub całkowitej odmowy wypłaty świadczenia.
8. Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
9. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w pkt. 8, zgłaszający wniosek o wypłatę świadczenia zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w podanym terminie. Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności, przy zachowaniu należytej staranności, było możliwe. Bezsponną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w pkt. 8.
10. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 24.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu opłacone składki, pomniejszone o opłatę administracyjną w wysokości określonej we wniosku, w terminie 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu.

§ 25.

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się w dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
2. Wrazie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, ma on obowiązek opłacenia składki za okres wypowiedzenia.
3. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia:
 - 1) przed upływem pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie zwraca żadnych kwot;
 - 2) po upływie pierwszych 2 lat okresu ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia należnych składek, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu oraz wartość rachunku zysków dodatkowych (o ile wartość ta jest wyższa niż zero) w terminie określonym w § 23.

§ 26.

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w przypadku wystąpienia którejkolwiek z niżej wymienionych przesłanek:

1. wypowiedzenia umowy ubezpieczenia - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
2. wypłaty wartości wykupu lub preferencyjnej wartości wykupu - z chwilą wypłaty,
3. nieopłacenia składki w terminie z uwzględnieniem 30-dniowej prolongaty - z końcem 90. dnia po terminie płatności zaległej składki, pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki pod rygorem rozwiązania umowy ubezpieczenia z końcem 90. dnia po terminie płatności składki,
4. upływu okresu ubezpieczenia - z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27.

Wszelkie podatki i opłaty związane z umową ubezpieczenia ponoszone są przez Strony umowy zgodnie z przepisami prawa. Opodatkowanie świadczeń jest uregulowane przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 ze zmianami) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, ze zmianami).

§ 28.

1. Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w Ogólnych Warunkach.
2. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa.
3. Ewentualne spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ, SKARG I WNIOSKÓW

§ 29.

1. Od merytorycznej decyzji Ubezpieczyciela w sprawie wysokości przyznanego świadczenia lub odmowy przyznania świadczenia, uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.
3. Nadto Ubezpieczający, Ubezpieczony i uposażony, w innych sprawach niż opisane w ust. 1, mogą zgłaszać do Ubezpieczyciela skargi i zażalenia.
4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
6. Niezależnie od skierowania odwołań, skarg i wniosków do Ubezpieczyciela, Ubezpieczający, Ubezpieczony i uposażony mają prawo w każdym czasie zgłaszać skargi i zażalenia bezpośrednio do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 30.

Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 6/Z/2006 z dnia 28 kwietnia 2006 r. oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 25/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 8 sierpnia 2007 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10 sierpnia 2007 roku.

Prezes Zarządu



Alojzy Choda

Wiceprezes Zarządu



Leszek Gierada

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowymi” stosuje się do umów ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawartych pomiędzy Ubezpieczającym i SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.
2. Umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, zwana dalej „Umową Dodatkową” może zostać zawarta jedynie jako uzupełnienie Umowy Ubezpieczenia na Życie i Dożycie zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie i Dożycie, umowy ubezpieczenia terminowego zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie oraz umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Trwałego Kalectwa Uposażonego oraz innych umów zgodnie z ofertą Ubezpieczyciela.
3. W zakresie nieuregulowanym w Warunkach Dodatkowych stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, zwanych dalej łącznie „Umową Podstawową”.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia.

UMOWA DODATKOWA

§ 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej lub w rocznicę polisy, zgodnie z postanowieniami Umowy Podstawowej.
2. Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na zasadach oraz w sposób określony w Ogólnych Warunkach, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.
3. Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej jest określona w polisie i stanowi wielokrotność sumy ubezpieczenia z Umowy Podstawowej.
4. Podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej są:
 - 1) wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela,
 - 2) dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego składki z tytułu Umowy Dodatkowej na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
5. Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzone zostaje odpowiednim postanowieniem w polisie.

§ 4.

1. Umowa Dodatkowa może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie wyłącznie w rocznicę polisy, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie:
 - 1) 7 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest przedsiębiorcą,
 - 2) 30 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest osobą fizyczną.
3. Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) rozwiązania Umowy Podstawowej - z dniem jej rozwiązania,
 - 2) odstąpienia od Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z dniem odstąpienia,

- 3) wypowiedzenia Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - 4) dokonania zmiany umowy Podstawowej na Umowę bezskładkową - z dniem, w którym miało to miejsce,
 - 5) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia - w rocznicę polisy przypadającą w roku, w którym to miało miejsce,
4. W przypadku nieopłacenia składki w terminie z tytułu Umowy Podstawowej i Umowy Dodatkowej:
 - 1) wraz z zawieszeniem ochrony ubezpieczeniowej w Umowie Podstawowej zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy Dodatkowej;
 - 2) wznowienie ochrony ubezpieczeniowej zawieszony dla Umowy Dodatkowej w trybie ust. 1) następuje wraz ze wznowieniem ochrony dla Umowy Podstawowej na warunkach przewidzianych w Umowie Podstawowej.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

§ 5.

1. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala się na podstawie taryfy składek, w zależności od aktualnej sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz częstotliwości opłacania składek.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej jest opłacana jednocześnie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6.

1. Z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczyciel zobowiązuje się wypłacić uposażonemu świadczenie wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w okresie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się z dniem rozwiązania Umowy Dodatkowej.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sport balonowy, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości,
 - 7) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza oraz niezłeczonego przez lekarza użycia leków i narkotyków przez Ubezpieczonego,
 - 8) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 9) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 10) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - 11) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia umowy
 - 12) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu,
 - 13) stanu wyjątkowego, wojny, stanu wojennego lub działań wojennych. Do działań wojennych zalicza się również m.in.: działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy Dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana chorobą, w tym występującą nagle, jak np.: zawał serca, udar mózgu.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 9.

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni poinformuje pisemnie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.

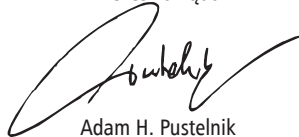
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej,
 - 3) uwierzytelnionej kopii karty zgonu Ubezpieczonego lub uwierzytelnionej kopii zaświadczenia lekarskiego o przyczynie śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) oryginał skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego, oraz dokumentów, o których mowa w ustępie 1. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji, potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż wynikałoby to z wniosku o wypłatę świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną częściowej lub całkowitej odmowy.
4. Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi żądanymi przez Ubezpieczyciela dokumentami, wypełnionymi zgodnie z jego wymogami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w pkt. 4, podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w podanym terminie. Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsportną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w pkt. 4.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 10.

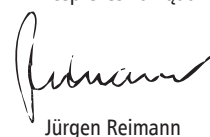
Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 6/Z/2005 z dnia 1 lutego 2005 r. oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 6/Z/2005 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 1 lutego 2005 r., oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 25/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 8 sierpnia 2007 r., oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 19/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 27 maja 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 czerwca 2009 roku.

Prezes Zarządu



Adam H. Pustelnik

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Kalectwa Dziecka Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

- Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Kalectwa Dziecka Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, zwane dalej „Warunkami Dodatkowymi” stosuje się do umów ubezpieczenia dodatkowego na wypadek trwałego kalectwa dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zawartych pomiędzy Ubezpieczającym i SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.
- Umowa ubezpieczenia na wypadek trwałego kalectwa dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zwana dalej „Umową Dodatkową” może zostać zawarta jedynie jako uzupełnienie umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Kalectwa Uposażonego, zwanych dalej łącznie „Umową Podstawową”.
- W zakresie nieuregulowanym w Warunkach Dodatkowych stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, na podstawie których została zawarta umowa Podstawowa, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczonym może być jedynie osoba, która jest jednocześnie uposażonym w umowie Podstawowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego kalectwa Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, w okresie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Za trwałe kalectwo uważa się tylko i wyłącznie:
 - całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad poszczególnymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
 - całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.

UMOWA DODATKOWA

§ 3.

- Umowa Dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej lub w rocznicę polisy, zgodnie z postanowieniami Umowy Podstawowej.
- Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na zasadach oraz w sposób określony w Ogólnych Warunkach, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.
- Podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej są:
 - wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela,
 - dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego składki z tytułu Umowy Dodatkowej na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzone zostaje odpowiednim postanowieniem w polisie.

§ 4.

- Umowa Dodatkowa może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie wyłącznie w rocznicę polisy, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie:
 - 7 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest przedsiębiorcą,
 - 30 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest osobą fizyczną.
- Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - rozwiązania Umowy Podstawowej - z dniem jej rozwiązania,
 - odstąpienia od Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z dniem odstąpienia,
 - wypowiedzenia Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - dokonania zmiany Umowy Podstawowej na umowę bezskładkową - z dniem, w którym miało to miejsce,
 - z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadkach, o których mowa w § 9 pkt. 2 i pkt. 4.
- W przypadku nieopłacenia składki w terminie z tytułu Umowy Podstawowej i Umowy Dodatkowej:
 - wraz z zawieszeniem ochrony ubezpieczeniowej w Umowie Podstawowej zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy Dodatkowej,
 - wznowienie ochrony ubezpieczeniowej zawieszony dla Umowy Dodatkowej w trybie pkt. 1) następuje wraz ze wznowieniem ochrony dla Umowy Podstawowej na warunkach przewidzianych w Umowie Podstawowej.

§ 5.

- Wysokość składki dodatkowej ustala się na podstawie taryfy, w zależności od aktualnej sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz częstotliwości opłacania składek.
- Składka z tytułu Umowy Dodatkowej jest opłacana jednocześnie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.
- Wypłata świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki z tytułu Umowy Dodatkowej, za wyjątkiem przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej w związku z wypłatą świadczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6.

Suma ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej jest określona w polisie i stanowi wielokrotność sumy ubezpieczenia z Umowy Podstawowej.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7.

- Z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu określony w tabeli procent sumy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony doznał trwałego kalectwa.
- Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w okresie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej, a trwałe kalectwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty wypadku.

3. Z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za następujące rodzaje uszkodzeń ciała w poniższej wysokości:

Całkowita utrata:		Procent świadczenia sumy ubezpieczenia
1.	Wzroku w obu oczach	100%
2.	Wzroku w jednym oku	30%
3.	Słuchu w obu uszach	60%
4.	Słuchu w jednym uchu	15%
5.	Węchu	10%
Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		Procent świadczenia sumy ubezpieczenia
6.	Kończyną górną - w stawie barkowym	70%
7.	Kończyną górną - powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65%
8.	Kończyną górną - poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60%
9.	Kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
10.	Kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
11.	Kończyną dolną - poniżej środkowej części uda, a powyżej stawu kolanowego	60%
12.	Kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części podudzia	50%
13.	Kończyną dolną - poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45%
14.	Kończyną dolną - stopą	40%
15.	Kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
16.	Kciuka	20%
17.	Palca wskazującego	10%
18.	Innego palca u ręki	5%
19.	Palucha	5%
20.	Innego palca u stopy	2%

4. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym kalectwem Ubezpieczonego.

§ 8.

Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje po ustaleniu stopnia trwałego kalectwa. Ocena trwałego kalectwa dziecka następuje po zakończeniu procesu leczenia, nie wcześniej jednak niż 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, który spowodował trwałe kalectwo.

§ 9.

1. Wysokość świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
2. Wypłacenie świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy roszczenie z tytułu trwałego kalectwa dotyczy narządu Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w § 8 procent sumy ubezpieczenia pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego.
4. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia podstawowego z tytułu kilku zdarzeń powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu rozwiązania Umowy Dodatkowej.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za trwałe kalectwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli trwałe kalectwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sport balonowy, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości,
 - 7) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza oraz niezleconego przez lekarza użycia leków i narkotyków przez Ubezpieczonego,
 - 8) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 9) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 10) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - 11) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia Umowy Dodatkowej,
 - 12) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu.
 - 13) stanu wyjątkowego, wojny, stanu wojennego lub działań wojennych. Do działań wojennych zalicza się również m.in.: działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy Dodatkowej, jeżeli trwałe kalectwo zostało spowodowane chorobą, w tym występującą nagle, jak np.: zawał serca, udar mózgu.
3. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć, jeżeli w razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony nie starał się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 12.

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni poinformuje pisemnie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) wszystkich dokumentów stwierdzających przyczynę kalectwa i zajście zdarzenia (zaświadczenie lekarskie o przyczynie kalectwa, cała dokumentacja medyczna, raport policyjny, itp.), potwierdzających powstanie trwałego kalectwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) dokumentów potwierdzających tożsamość osoby uprawnionej, oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 1. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji, potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
3. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.

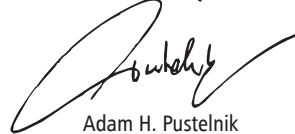
4. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w pkt. 3, określające stan zdrowia Ubezpieczonego stanowią podstawę do podjęcia decyzji w sprawie wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż wynikałoby to z wniosku o wypłatę świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną częściowej lub całkowitej odmowy.
6. Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi żądanymi przez Ubezpieczyciela dokumentami, wypełnionymi zgodnie z jego wymogami.
7. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w pkt. 6, podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w podanym terminie. Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w pkt. 6.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13.

Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 6/Z/2005 z dnia 1 lutego 2005 r. oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 6/Z/2005 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 1 lutego 2005 r., oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 25/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 8 sierpnia 2007 r., oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 19/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 27 maja 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 czerwca 2009 roku.

Prezes Zarządu



Adam H. Pustelnik

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

- Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowymi” stosuje się do Umów Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy zawieranych pomiędzy Ubezpieczającym i SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.
- Umowa Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy, zwana dalej „Umową Dodatkową” może zostać zawarta jedynie jako uzupełnienie Umowy Ubezpieczenia na Życie i Dożycie zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie i Dożycie, Umowy Ubezpieczenia Terminowego zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie lub Umowy Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zaopatrzenia Dzieci ze Świadczeniem z Tytułu Trwałego Kalectwa Uposażonego oraz innymi umowami zgodnie z ofertą Ubezpieczyciela.
- zakresie nieuregulowanym w Warunkach Dodatkowych stosuje się odpowiednie postanowienia Ogólnych Warunków, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, z zastrzeżeniem, że całkowita niezdolność do pracy oznacza trwałą niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, nieprzerwanie przez okres najmniej 6 miesięcy, będącą następstwem uszkodzenia ciała lub choroby.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej.

UBEZPIECZONY I UBEZPIECZAJĄCY

§ 3.

- Ubezpieczonym może być osoba, która w chwili zawarcia umowy ukończyła 18 lat, lecz nie więcej niż 55 lat, a na koniec okresu ubezpieczenia umowy Podstawowej będzie w wieku co najwyżej 65 lat.
- Ubezpieczonym może być jedynie Ubezpieczający.

UMOWA DODATKOWA

§ 4.

- Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na zasadach oraz w sposób określony w ogólnych warunkach, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.
- Podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej są:
 - wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela,
 - dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego składki z tytułu Umowy Dodatkowej na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzone zostaje odpowiednim postanowieniem na polisie.

§ 5.

- Umowa Dodatkowa może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie wyłącznie w rocznicę polisy, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

- Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie:
 - 7 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest przedsiębiorcą,
 - 30 dni od daty doręczenia polisy - jeżeli jest osobą fizyczną.
- Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - rozwiązania Umowy Podstawowej - z dniem jej rozwiązania, Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitej Niezdolności do Pracy
 - odstąpienia od Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z dniem odstąpienia,
 - wypowiedzenia Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - dokonania zmiany Umowy Podstawowej na umowę bezskładową - z dniem, w którym miało to miejsce,
 - rocznicy polisy przypadającej w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat - w dacie rocznicy,
- W przypadku nieopłacenia składki w terminie z tytułu Umowy Podstawowej i Umowy Dodatkowej:
 - wraz z zawieszeniem ochrony ubezpieczeniowej w Umowie Podstawowej zawieszona zostaje ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy Dodatkowej,
 - wznowienie ochrony ubezpieczeniowej zawieszony dla Umowy Dodatkowej w trybie pkt 1) następuje wraz ze wznowieniem ochrony dla Umowy Podstawowej na warunkach przewidzianych w Umowie Podstawowej.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

§ 6.

- Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustalana jest na podstawie taryfy składek, w zależności od wysokości składek z tytułu Umowy Podstawowej i innych Umów Dodatkowych, wieku Ubezpieczonego oraz częstotliwości opłacania składek.
- Składka z tytułu Umowy Dodatkowej płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7.

- Z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczyciel w przypadku powstania całkowitej niezdolności do pracy, zwolni Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki z tytułu Umowy Podstawowej oraz składek z tytułu innych umów dodatkowych do Umowy Podstawowej, przez okres całkowitej niezdolności do pracy, nie dłużej jednak, niż do końca okresu ubezpieczenia, określonego w Umowie Podstawowej.
- Przez dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy rozumie się upływ 6 miesięcy od dnia uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub początku choroby Ubezpieczonego powodujących całkowitą niezdolność do pracy.
- Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej jest realizowane przez Ubezpieczyciela w terminie określonym w § 10.
- Do czasu otrzymania decyzji o realizacji świadczeń z tytułu Umowy Dodatkowej, czyli zwolnienia z opłacania składki z tytułu Umowy Podstawowej i składek z tytułu Umów Dodatkowych, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich opłacania.
- Zwolnienie z obowiązku opłacania składek, o którym mowa w pkt. 1, wygasa:
 - z dniem podjęcia przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy, z tytułu której otrzymuje wynagrodzenie lub która przynosi dochód,
 - z dniem wydania orzeczenia o odzyskaniu przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy, z tytułu której otrzymywałby wynagrodzenie lub która przyniosłaby dochód,
 - z dniem upływu terminu do przedstawienia Ubezpieczycielowi zaświadczenia, o którym mowa w § 11 pkt. 2.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu rozwiązania Umowy Dodatkowej.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy nastąpi, bezpośrednio lub pośrednio, w wyniku:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów ekstremalnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sport balonowy, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości,
 - 7) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza oraz niezłeczonego przez lekarza użycia leków i narkotyków przez Ubezpieczonego,
 - 8) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 9) umyślnego samouszkodzenia ciała lub samobójstwa,
 - 10) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - 11) obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia Umowy Dodatkowej,
 - 12) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu.
 - 13) stanu wyjątkowego, wojny, stanu wojennego lub działań wojennych; do działań wojennych zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli uszkodzenie ciała Ubezpieczonego lub początek choroby Ubezpieczonego powodujące całkowitą niezdolność do pracy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej.

SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA

§ 10.

1. Po otrzymaniu formularza zgłoszenia roszczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni poinformuje pisemnie osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o realizację świadczenia.

2. Ubezpieczyciel realizuje, z zastrzeżeniem pkt. 3, świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej, polegające na zwolnieniu z obowiązku opłacania składek z tytułu Umowy Podstawowej oraz składek z tytułu wszystkich innych umów dodatkowych do Umowy Podstawowej, w terminie 30 dni od daty otrzymania wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) wszystkich dokumentów stwierdzających przyczynę całkowitej niezdolności do pracy (cała dokumentacja medyczna),
 - 3) wszystkich dokumentów stwierdzających przyczynę całkowitej niezdolności do pracy i zajście zdarzenia (zaświadczenie lekarskie o przyczynie całkowitej niezdolności do pracy, cała dokumentacja medyczna, raport policyjny, itp.) jeśli przyczyną powstania całkowitej niezdolności do pracy był nieszczęśliwy wypadek,
 - 4) orzeczenia lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela stwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz dokumentów o których mowa w ustępie 1.
3. Rozpoczęcie realizacji świadczenia nie może nastąpić przed upływem 6 miesięcy od dnia uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub początku choroby Ubezpieczonego powodujących całkowitą niezdolność do pracy.
4. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji, potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel odmówi realizacji świadczenia informuje o tym fakcie na piśmie w terminach przewidzianych w pkt. 1, wskazując na podstawie odmowy.
6. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w pkt. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie określonym w pkt. 2.

§ 11.

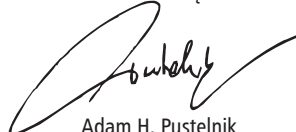
1. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
2. W okresie, w którym Ubezpieczyciel przejął opłacanie składki z tytułu Umowy Podstawowej oraz składek z tytułu innych umów dodatkowych, może zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie zaświadczenia o trwającej całkowitej niezdolności do pracy. Zaświadczenie takie wystawia lekarz wskazany przez Ubezpieczyciela; przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12.

Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 6/Z/2005 z dnia 1 lutego 2005 r. oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 25/Z/2009 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 8 sierpnia 2007 r., oraz zmienione aneksem zatwierdzonym uchwałą nr 19/Z/2007 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 27 maja 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 czerwca 2009 roku.

Prezes Zarządu



Adam H. Pustelnik

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann

NOTATKI
