

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Spółki Medyczne”

OWU/SPÓŁKIMEDYCZNE/I-2014

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Spółki Medyczne” (zwanymi dalej: „OWU”) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, umowy Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Spółki Medyczne”, zwane dalej „umowami ubezpieczenia”.

2. W ramach umowy ubezpieczenia, wartość początkowa inwestycji przeznaczona jest na nabycie na ryzyko Ubezpieczającego jednostek uczestnictwa Funduszu na zasadach i warunkach określonych w Regulaminie. Inwestowanie w Fundusz wiąże się między innymi z ryzykami, o których mowa w Załączniku nr 1 do Regulaminu. Wystąpienie zdarzeń objętych ryzykami o których mowa w zdaniu poprzedzającym, może spowodować, że umowa ubezpieczenia nie przyniesie spodziewanego zysku, a wartość świadczenia może wynieść zero złotych.

3. Gromadzenie środków w ramach umowy ubezpieczenia na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa odbywa się na ryzyko Ubezpieczającego.

4. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych OWU.

§ 2

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

- 1) **dzień roboczy** - każdy dzień inny niż sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy;
- 2) **dzień utworzenia Funduszu** - pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych tj. data wskazana na polisie ubezpieczeniowej;
- 3) **dzień zamknięcia Funduszu** - ostatni dzień trwania Funduszu tj. data wskazana na polisie ubezpieczeniowej, będący jednocześnie ostatnim dniem okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem przypadków zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela określonych w § 10;
- 4) **Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa** - wyodrębniony rachunek tworzony przez Ubezpieczyciela dla umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa Funduszu;
- 5) **jednostka uczestnictwa** - część Funduszu, będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach;
- 6) **miesiąc polisowy** - każdy kolejny miesiąc kalendarzowy trwania okresu odpowiedzialności, poczynając od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;

- 7) **okres subskrypcji** - okres, wskazany w Załączniku nr 1 do Regulaminu, w którym Ubezpieczający ma możliwość złożenia wniosku o zawarcie ubezpieczenia oraz w którym zobowiązany jest do dokonania wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej;
- 8) **okres odpowiedzialności** - okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **opłata początkowa** - opłata pobierana z kwoty składki ubezpieczeniowej przed jej zainwestowaniem, na którą składają się opłata administracyjna i opłata za ryzyko;
- 10) **opłata administracyjna** - zawarta w opłacie początkowej, opłata przeznaczona na pokrycie kosztów administracyjnych w okresie subskrypcji oraz kosztów przygotowania inwestycji w ramach Funduszu;
- 11) **opłata za ryzyko** - zawarta w opłacie początkowej, opłata przeznaczona na pokrycie ryzyka związanego z objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, uwzględniająca m.in. wysokość sumy ubezpieczenia ustalonej zgodnie z § 14 ust. 2;
- 12) **ochrona ubezpieczeniowa** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia, w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 13) **polisa ubezpieczeniowa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz nabycie jednostek uczestnictwa Funduszu;
- 14) **Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Spółki Medyczne” Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. (kod: REG/SPÓŁKIMEDYCZNE/I-2014) (zwany także „Regulaminem”)** - dokument określający zasady lokowania środków Funduszu, w szczególności charakterystykę aktywa wchodzącego w skład Funduszu, zasady funkcjonowania i strategię Funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela, stanowiący Załącznik nr 1 do OWU;
- 15) **składka ubezpieczeniowa** - kwota opłacana jednorazowo przez Ubezpieczającego, przeznaczana w części określonej w OWU, na nabycie jednostek uczestnictwa Funduszu;
- 16) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i posiada pełną zdolność do czynności prawnych, która zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem,
- 17) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „Spółki Medyczne” (zwany także „Funduszem”)** - wydzielony fundusz aktywów tworzony z łącznej kwoty wartości początkowych inwestycji, funkcjonujący na zasadach określonych w Regulaminie;

18) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na własny rachunek, Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą;

19) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie; wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk - Północ, VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000024807, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł, wykonująca działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;

20) **Uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania w sytuacjach wskazanych w OWU świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;

21) **Uprawniony** - Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia;

22) **wartość początkowa inwestycji** - składka ubezpieczeniowa pomniejszona o opłatę początkową, przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa Funduszu;

23) **wartość wykupu (zwana także „wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa”)** - kwota wypłacana w przypadkach określonych w OWU, obliczana na zasadach określonych w OWU; wypłata wartości wykupu może dotyczyć całości (wartość wykupu całkowitego) lub części (wartość wykupu częściowego) jednostek uczestnictwa Funduszu;

24) **wniosek o zawarcie ubezpieczenia** - dokument, w którym Ubezpieczający oświadcza, że chce zawrzeć umowę ubezpieczenia oraz w którym składa dyspozycję nabycia jednostek uczestnictwa Funduszu;

25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - określone w § 4 OWU zdarzenie, zaistniałe w okresie odpowiedzialności, które powoduje powstanie prawa do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę świadczenia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia, jest życie Ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

III. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Spółki Medyczne” (WN/SPÓŁKIMEDYCZNE/A/I2014) (wniosek o zawarcie ubezpieczenia)

składanego na formularzu Ubezpieczyciela. Wniosek o zawarcie ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć Ubezpieczycielowi wyłącznie w okresie subskrypcji.

2. W przypadku gdy Ubezpieczonym jest inna osoba niż Ubezpieczający, warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia woli, zawierającego zgodę na zawarcie tej umowy.

3. We wniosku o zawarcie ubezpieczenia Ubezpieczający składa dyspozycję nabycia jednostek uczestnictwa Funduszu na zasadach określonych w Załączniku nr 1 do Regulaminu.

4. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w braku odmiennego wskazania, w przypadku gdy w okresie subskrypcji Ubezpieczający złoży więcej niż jeden wniosek o zawarcie ubezpieczenia Ubezpieczyciel rozpatrzy wszystkie wnioski o zawarcie ubezpieczenia łącznie i wystawi jedną polisę ubezpieczeniową. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpatruje pierwszy wniosek o zawarcie ubezpieczenia z uwzględnieniem zmian wynikających z kolejnych wniosków o zawarcie ubezpieczenia i dokonuje podwyższenia sumy ubezpieczenia oraz ilości nabywanych jednostek uczestnictwa wskazanych w pierwszym wniosku o zawarcie ubezpieczenia o wartości ujęte w kolejnych wnioskach o zawarcie ubezpieczenia, w tym dokonuje, w braku odmiennego wskazania, wyliczenia proporcji w kwocie świadczenia poszczególnych Uposażonych, na zasadach określonych w § 16 ust. 5.

WPLATA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 6

1. Wpłata na poczet składki ubezpieczeniowej winna nastąpić na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela w formularzu wniosku o zawarcie ubezpieczenia, nie później niż w ostatnim dniu subskrypcji.

2. Kwota wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej nie może być niższa od kwoty składki ubezpieczeniowej zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie, która nie może być niższa niż najniższa kwota składki ubezpieczeniowej określona w sposób wskazany w § 11 ust. 2. W przypadku, gdy w okresie subskrypcji Ubezpieczający złoży więcej niż jeden wniosek o zawarcie ubezpieczenia kwota wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej, o której mowa w zdaniu poprzedzającym nie może być niższa od łącznej kwoty składki ubezpieczeniowej zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we wszystkich wnioskach o zawarcie ubezpieczenia.

3. W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota składki ubezpieczeniowej zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę w terminie do 5 dni roboczych od dnia zakończenia okresu subskrypcji.

4. W przypadku niedokonania wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej zgodnie z zasadami ust. 1 i 2 powyżej, Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową.

5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w terminie określonym w ust. 1, w pełnej wysokości, określonej we wniosku o zawarcie ubezpieczenia, a w przypadku złożenia więcej niż jednego wniosku o zawarcie ubezpieczenia we wszystkich wnioskach o zawarcie ubezpieczenia, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela w formularzu wniosku o zawarcie ubezpieczenia.

REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Ubezpieczający ma prawo rezygnacji z umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi prawidłowo wypełnionego i podpisanego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, w terminie do dnia zakończenia okresu subskrypcji.
2. W przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego nie rozpoczyna się, a wpłacona na poczet składki ubezpieczeniowej kwota zostanie zwrócona w pełnej wysokości na wskazany w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia rachunek bankowy, w terminie do 5 dni roboczych od otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1.

DATA ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7A

Jeżeli nie umówiono się inaczej umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem następnym po zaakceptowaniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 4.
W razie wątpliwości umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem §9 ust 4.

IV. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 8

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat. i nie będzie miała ukończonego 80. roku życia.
2. Dla zawarcia umowy ubezpieczenia konieczne jest, z zastrzeżeniem ust. 1, łączne spełnienie warunków:
 - a) złożenie wniosku o zawarcie ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 1,
 - b) opłacenie składki ubezpieczeniowej, zgodnie z zasadami określonymi w § 6,
 - c) zgoda Ubezpieczonego na zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rachunek (jeżeli jest osobą inną niż Ubezpieczający),
 - d) zaakceptowanie wniosku o zawarcie ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się, pod warunkiem spełnienia wszystkich warunków o których mowa w ust 2 powyżej, w dniu utworzenia Funduszu z zastrzeżeniem § 7 i trwa do dnia zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. W przypadku, gdy Certyfikat Depozytowy, o którym mowa w Regulaminie, nie zostanie wyemitowany i Fundusz nie zostanie utworzony (na dzień utworzenia Funduszu), ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Ubezpieczyciel powiadomi o tym fakcie Ubezpieczającego i zwróci wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu, na wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie ubezpieczenia rachunek bankowy.

POLISA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

1. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest wystawiana przez Ubezpieczyciela polisa ubezpieczeniowa, w której Ubezpieczyciel potwierdza jednocześnie nabycie jednostek uczestnictwa Funduszu.
2. Polisa ubezpieczeniowa określa między innymi: okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokość opłaconej składki ubezpieczeniowej, Uposażonych i zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, a także ilość i wartość nabytych jednostek uczestnictwa Funduszu wraz z poziomem Partycypacji, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Regulaminu.
3. Polisa ubezpieczeniowa wystawiana jest w terminie do 15 dni roboczych od dnia utworzenia Funduszu i przekazywana jest przez Ubezpieczyciela listownie na adres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie ubezpieczenia.
4. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od OWU, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, ochrona ubezpieczeniowa - do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia - jest udzielana na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

- Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do 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 wypowiedzenie umowy ubezpieczenia lub
 - 3) z dniem zamknięcia Funduszu.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I OPŁATY

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11

1. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest na zasadach określonych w § 6 przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry, za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej określa Ubezpieczający na formularzu wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Minimalną

wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi minimalna wartości początkową inwestycji (określona w Załączniku nr 1 do Regulaminu), powiększona o określoną w § 12 opłatę początkową.

3. Składka ubezpieczeniowa, po pobraniu opłaty początkowej, przeznaczona jest w 100% na nabycie jednostek uczestnictwa Funduszu i stanowi wartość początkową inwestycji.

4. Nabyte jednostki uczestnictwa ewidencjonowane są na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

ZASADY I TERMINY POBIERANIA OPŁAT

§ 12

1. Ubezpieczyciel z wartości zapłaconej składki ubezpieczeniowej pobiera opłatę początkową, w ramach której zawarta jest opłata za ryzyko, przeznaczona na pokrycie ryzyka związanego z objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wynosząca 0,06% wartości początkowej inwestycji oraz opłata administracyjna.

2. W przypadku, kiedy wartość początkowa inwestycji jest wyższa niż 100.000 zł, opłata za ryzyko naliczana jest wyłącznie od kwoty 100.000 zł.

3. Wysokość opłaty początkowej określona jest we wniosku o zawarcie ubezpieczenia i wynosi 1,6% wartości początkowej inwestycji.

4. Opłata początkowa pobierana jest jednorazowo z wartości składki ubezpieczeniowej przed jej zainwestowaniem za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

VI. WARTOŚĆ WYKUPU

ZASADY I TERMIN WYPŁATY WARTOŚCI WYKUPU

§ 13

1. W okresie od dnia utworzenia Funduszu do dnia zamknięcia Funduszu, Ubezpieczający ma prawo do umorzenia części lub wszystkich jednostek uczestnictwa Funduszu, zaewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa, oraz odpowiednio do wypłaty wartości wykupu częściowego lub całkowitego.

2. Umorzenie jednostek uczestnictwa Funduszu odbywa się na zasadach określonych w Regulaminie.

3. Do złożenia wniosku o wypłatę wartości wykupu częściowego lub wypłatę wartości wykupu całkowitego uprawniony jest Ubezpieczający.

4. Ubezpieczyciel dokona wypłaty wartości wykupu całkowitego lub wartości wykupu częściowego, jeżeli do siedziby Ubezpieczyciela wpłyną następujące dokumenty:

1) prawidłowo wypełniony przez Ubezpieczającego wniosek o wykup (na druku zmian, który stanowi Załącznik nr 4 do OWU),
2) kserokopia dowodu osobistego Ubezpieczającego.

5. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę wartości wykupu częściowego, Ubezpieczający zobowiązany jest do podania ilości jednostek uczestnictwa Funduszu podlegających umorzeniu.

6. Wypłata wartości wykupu częściowego lub wartości wykupu całkowitego, dokonywana jest po sprawdzeniu przez Ubezpieczyciela poprawności wniosku przed określonym w § 1 ust. 3 pkt 6) Regulaminu Dniem Sesji, w terminie do 2 dni roboczych od najbliższego Dnia Wyceny.

7. Wartość wykupu częściowego lub wartość wykupu całkowitego ustalana jest na określony w § 1 ust. 3 pkt 5) Regulaminu najbliższy Dzień Wyceny przed dniem wypłaty Ubezpieczającemu wartości wykupu.

8. Wypłata określona w ust. 6, dokonywana jest w formie jednorazowej, na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy.

9. Wypłata wartości wykupu całkowitego skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego.

VII. ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 14

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu, świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 15.

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

1) wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa na określony w § 1 ust. 3 pkt 5) Regulaminu najbliższy Dzień Wyceny, przed dniem wypłaty świadczenia oraz

2) 5% wartości początkowej inwestycji, jednak nie więcej niż 5.000 zł - w przypadku Ubezpieczonego, który w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończył 70. roku życia albo

3) 1% wartości początkowej inwestycji, jednak nie więcej niż 1.000 zł - w przypadku Ubezpieczonego, który w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończył 70. rok życia, ale nie ukończył 80. roku życia.

3. Kalkulacja rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma wpływu na wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Ubezpieczyciel wypłaci wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa w miejsce sumy ubezpieczenia, jeśli określone w § 4 zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenie nastąpiło bezpośrednio w wyniku:

1) samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,

2) aktów wojny (w tym wojny domowej) oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy terrorystycznej, zamieszkach lub sabotażu,

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

4) następstw i konsekwencji chorób, które przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem. Za objawy choroby uważa się takie objawy, których występowanie potwierdzono w procesie rozpatrywania roszczenia na podstawie dokumentacji medycznej i które, zgodnie z wiedzą medyczną, są charakterystyczne dla danego rodzaju choroby.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

OSOBA UPRAWNIONA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 16

1. Ubezpieczony we wniosku o zawarcie ubezpieczenia może wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie świadczenia uznaje się, że wszystkie udziały są równe; suma udziałów musi być równa 100%.
3. Z zachowaniem zasad określonych w niniejszym paragrafie, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, przysługuje Uposażonym, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeśli osoba ta zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
5. W przypadku zmiany we wniosku o zawarcie ubezpieczenia, zgodnie z § 5 ust. 3, uprawnionym wypłacane jest jedno świadczenie w proporcjach określonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.
6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z Uposażonych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy Uposażeni nie żyją, świadczenie należne tym Uposażonym przysługuje proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako Uposażeni nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach, 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 - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.
8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany Uposażonych, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym zakresie na druku zmian, który stanowi Załącznik nr 4 do OWU.
9. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

DOKUMENTY WYMAGANE DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 17

W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie, zobowiązana jest przedłożyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia”;
- 2) skrócony odpis aktu zgonu - do wglądu;
- 3) karta zgonu (wystawiona przez lekarza stwierdzającego zgon) lub protokół badania sekcyjnego lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu wydane przez Urząd Stanu Cywilnego;
- 4) własny dokument tożsamości - do wglądu;

5) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela (np. orzeczenia sądu o uznaniu Ubezpieczonego za osobę zmarłą, postanowienia o nabyciu spadku) niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, o których Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

SPOSÓB I TERMIN PRYZNANIA ŚWIADCZENIA

§ 18

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. 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.
2. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełnia w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym w ust. 1 powyżej.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na najbliższy Dzień Wyceny określony w §1 ust. 3 pkt 5) Regulaminu przed dniem wypłaty świadczenia Uprawnionemu.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona 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.
5. Jeśli świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel pisemnie informuje Uprawnionego o wypłacie świadczenia.

IX. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 19

1. Po zakończeniu okresu subskrypcji, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczającemu wypłacana jest:
 - a) wartość wykupu całkowitego - w terminie określonym w § 13 ust. 6 oraz
 - b) opłata za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej - w terminie jak w pkt a) powyżej.
3. Do oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kserokopię dowodu osobistego.
4. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego kompletnego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem określonym w § 10 pkt 2).

X. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 20

Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia woli o odstąpieniu od ubezpieczenia.

1. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady określone w § 19 ust. 2-4.

XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

TRYB SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI

§ 21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie i wywierają skutki prawne z chwilą doręczenia ich drugiej stronie.

2. W korespondencji należy powoływać się odpowiednio na numer wniosku o zawarcie ubezpieczenia lub numer polisy ubezpieczeniowej.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 22

1. Skargi lub zażalenia Ubezpieczającego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia mogą być zgłaszane do Ubezpieczyciela poprzez jeden z dostępnych kanałów kontaktu, tj.:

- 1) pisemnie - na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
- 2) mailowo - na adres: skargi@ergohestia.pl,
- 3) telefonicznie - podczas kontaktu w infolinię Ubezpieczyciela pod numerem tel. 801 107 107 lub (58) 555 55 55.

2. Skargi rozpatrywane są przez dedykowaną jednostkę wyznaczoną przez Zarząd Ubezpieczyciela.

3. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu w ciągu 14 dni roboczych od zgłoszenia, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.

4. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 23

1. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia, albo co do wysokości świadczenia, może zgłosić na piśmie (lub w inny uzgodniony sposób) wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu wniosek w terminie 30 dni pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści wniosku.

§ 24

1. Ubezpieczający lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego i Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

§ 25

1. Zmiana umowy ubezpieczenia i OWU może zostać dokonana z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa.

2. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia Ubezpieczyciela o zmianie adresu zamieszkania i zmianie danych osobowych swoich, Ubezpieczonych oraz Uposażonych. Na Ubezpieczycielu spoczywa taki sam obowiązek względem Ubezpieczającego i Ubezpieczonych.

3. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polskiej lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

4. Dokonanie przez Ubezpieczającego cesji praw wynikających z umowy ubezpieczenia wymaga niezwłocznego zgłoszenia tego faktu Ubezpieczycielowi na piśmie i staje się skuteczne po potwierdzeniu przez Ubezpieczyciela.

5. W przypadku śmierci Ubezpieczającego (w sytuacji, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami) Ubezpieczonemu przysługuje prawo wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Wniosek w tej sprawie powinien być złożony Ubezpieczycielowi na piśmie, w terminie 30 dni od powzięcia przez Ubezpieczonego wiadomości o śmierci Ubezpieczającego.

PODATKI I OPŁATY

§ 26

1. Ewentualne podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia nie obciążają Ubezpieczyciela.

2. Aktualne zasady opodatkowania świadczeń zawarte zostały w Załączniku nr 2 do OWU.

3. Opłaty związane z płatnością składki ubezpieczeniowej obciążają Ubezpieczającego.

4. Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń dokonywane są w złotych polskich.

SPRAWY NIEUREGULOWANE

§ 27

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU właściwe jest prawo polskie.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

§ 28

Niniejsze OWU obowiązują od dnia 10 marca 2014 roku, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

ZAŁĄCZNIKI

1. Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Spółki Medyczne”.
2. Zasady opodatkowania świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek o zawarcie ubezpieczenia.
4. Druk zmian.
5. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
6. Oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia.