

Formularz do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy
– indeks NP/12/12/17

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności
ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 4
	§ 8 ust. 1
	§ 24 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6
	§ 10 ust. 2
	§ 24 ust. 1

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- mogą być wskazane również w umowie podstawowej.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Ubezpieczającym, jako umowy dodatkowe do umowy ubezpieczenia obejmującej ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
3. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. przedstawia Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego a umową dodatkową, chyba że umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Definicje

§ 2

1. Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia określania oznaczają:
 - 1) **miesiąc polisy** – miesiąc polisy rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
 - 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWUD nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
 - 3) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do wykonywania pracy i w związku z tym niewykonywanie przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy, będąca rezultatem obrażeń ciała lub choroby Ubezpieczonego;
 - 4) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy;
 - 5) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy podstawowej i umowy dodatkowej;
 - 6) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 7) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
 - 8) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek niezdolności do pracy;
 - 9) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia, zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem, której zakres obejmuje ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia.

2. Określenia zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa podstawowa, używane w OWUD mają takie samo znaczenie jak w umowie podstawowej, chyba że tym samym określeniom nadano inne znaczenie.

Treść umowy dodatkowej

§ 3

Treść umowy dodatkowej zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWUD, polisie, załącznikach do polisy oraz w każdym innym dokumencie uzgodnionym przez strony umowy dodatkowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zajście w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w rozumieniu OWUD jest wystąpienie obrażeń ciała lub choroby Ubezpieczonego, powodujących niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. Za dzień powstania niezdolności do pracy uważa się 181. dzień nieprzerwanego trwania całkowitej niezdolności do wykonywania i związanego z tym niewykonywania przez Ubezpieczonego pracy z powodu obrażeń ciała lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Za dzień powstania niezdolności do pracy z powodu następujących obrażeń ciała:
 - 1) utraty obu dłoni powyżej nadgarstków;
 - 2) utraty obu stóp powyżej kostek;
 - 3) utraty jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki;
 - 4) utraty wzroku w obu oczach,uważa się dzień powstania tych obrażeń ciała.

Zakres i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu zapłacenia pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej lub odstąpienia od umowy podstawowej;
 - 2) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej lub odstąpienia od umowy dodatkowej.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, jeśli niezdolność do pracy powstała w wyniku: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terrorku lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, a także gdy niezdolność Ubezpieczonego do pracy jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
2. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną niezdolności do pracy został spowodowany wskutek:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub przewyższa 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia przez Ubezpieczonego zawodowej służby wojskowej;

- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu, lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 7) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 8) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 9) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także, jeżeli niezdolność do pracy powstała w wyniku:
- 1) choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
 - 2) choroby zdiagnozowanej lub leczonej przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
 - 3) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich poprzez niewyrażenie zgody na standardowe, powszechnie uznane procedury medyczne lub nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich;
 - 4) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 5) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia z umowy dodatkowej jest kwotą zmienną w czasie trwania umowy dodatkowej.
2. Aktualna suma ubezpieczenia jest równa łącznej składce z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych zawartych do umowy podstawowej należnej i wymagalnej w danym okresie, z wyłączeniem składek z tytułu następujących umów dodatkowych:
 - 1) ubezpieczenia dodatkowego uzyskania Drugiej Opinii Lekarskiej w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego, oraz
 - 2) dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité.

Definicja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 8

1. Świadczenie ubezpieczeniowe jest spełniane poprzez przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, z zastrzeżeniem § 7 ust. 2, zawartych do umowy podstawowej za miesiące polisy, których początek przypada na okres niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Wysokość świadczenia równa jest kwocie ostatniej należnej składki z tytułu umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, opłaconej przed dniem powstania niezdolności do pracy przez Ubezpieczającego. Postanowienia o podwyższaniu składki zawarte w poszczególnych umowach nie mają zastosowania w okresie danej niezdolności do pracy.
3. Wysokość składek należnych z tytułu umowy podstawowej oraz umów dodatkowych nie ulega zmianie w okresie trwania danej niezdolności do pracy. Postanowienia o podwyższaniu składki zawarte w poszczególnych umowach nie mają zastosowania w okresie danej niezdolności do pracy.

Sposób zawierania umowy dodatkowej

§ 9

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy, nie później jednak niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 55. rok życia.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest polisą.
3. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.

§ 10

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę dodatkową mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową dodatkową. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

§ 11

1. Przed zawarciem umowy dodatkowej Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub przedstawił dokumentację medyczną stwierdzającą stan jego zdrowia.
2. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, przeprowadzane jest przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub zakład opieki zdrowotnej.
3. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, oświadczenia o stanie zdrowia, badań medycznych oraz innych elementów ryzyka, Towarzystwo może podjąć decyzję o zawarciu umowy dodatkowej na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWUD, odmowie zawarcia umowy dodatkowej lub może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWUD.

§ 12

1. Jeżeli umowa dodatkowa zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWUD, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. W przypadku braku sprzeciwu umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa dodatkowa nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy dodatkowej.

Okres ubezpieczenia

§ 13

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na ten sam okres co umowa podstawowa, z zastrzeżeniem § 18.

Podstawowe prawa i obowiązki stron umowy dodatkowej

§ 14

1. Towarzystwo jest zobowiązane do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWUD.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w polisie.
3. Obowiązki określone w ust. 1–2 nie wyczerpują obowiązków stron umowy dodatkowej, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWUD i w umowie podstawowej.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 15

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek uchwalonej przez Zarząd Towarzystwa. Wysokość składki jest uzależniona od wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia, a także aktualnej sumy ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu umowy podstawowej, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, w terminach przewidzianych dla umowy podstawowej.
3. Zmiana sposobu opłacania składki z tytułu umowy podstawowej powoduje jednoczesną zmianę sposobu opłacania składki z tytułu umowy dodatkowej, chyba że strony umowy dodatkowej postanowią inaczej.
4. Wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej jest określana w polisie.
5. Obowiązek opłacania składki za umowę dodatkową ustaje w przypadkach, o których mowa w § 5 ust. 2.
6. W przypadku gdy wpłacona kwota jest niższa od sumy składek z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych do niej umów dodatkowych, składkę z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych do niej umów dodatkowych uważa się za nieopłaconą.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 16

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 17

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, w formie pisemnej, w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacona została składka, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy, tj. dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 18

Umowa dodatkowa rozwiązuje się:

- 1) z chwilą zmiany umowy podstawowej na umowę bezskładkową ze zredukowaną sumą ubezpieczenia;
- 2) z upływem 90. dnia, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni;
- 3) w rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60. rok życia;
- 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;

- 5) z dniem upływu terminu wypowiedzenia umowy dodatkowej, złożonego przez Ubezpieczającego.

Wpłata świadczenia

§ 19

1. Towarzystwo spełni świadczenie ubezpieczeniowe od pierwszego dnia najbliższego miesiąca polisy następującego po dniu wystąpienia niezdolności do pracy, w dacie wymagalności składki z tytułu umowy podstawowej oraz umów dodatkowych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest spełniane poprzez przejęcie obowiązku opłacania składek przez Towarzystwo. Wysokość tych składek pozostaje na poziomie ostatniej składki wpłaconej przez Ubezpieczającego zgodnie z umową podstawową i umowami dodatkowymi zawartymi do tej umowy podstawowej.

§ 20

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Uprawniony zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Towarzystwu przez Uprawnionego dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne wnioski, o których mowa powyżej, znajdują się na stronie internetowej www.uniqa.pl.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
5. Towarzystwo ma prawo zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom medycznym, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia wystąpienia niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
6. Koszty badań medycznych, o których mowa w ust. 5, pokrywa Towarzystwo.
7. Towarzystwo jest uprawnione do uzyskiwania z zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacji potrzebnych do ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i wysokości tego świadczenia, na co Ubezpieczony wyraża zgodę w oświadczeniu przedstawionym Towarzystwu.

§ 21

1. W trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczony, na żądanie i w terminie określonym przez Towarzystwo, ma obowiązek dostarczyć dokumenty stwierdzające ciągłość niezdolności do pracy. W zakresie dokumentów stwierdzających ciągłość niezdolności do pracy postanowienia § 20 stosuje się odpowiednio.
2. W przypadku odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym Towarzystwa, nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym ustała niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
3. Jeśli Ubezpieczony nie dostarczy dokumentów, o których mowa w ust. 1, lub odzyska zdolność do podjęcia jakiegokolwiek pracy, niezależnie od tego, czy Ubezpieczony spełnił obowiązek, o którym mowa w ust. 2, na Ubezpieczonym ciąży obowiązek zapłaty składek począwszy od dnia, w którym nie dostarczył dokumentów, o których mowa w ust. 1, lub od dnia, w którym ustała niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. W przypadku spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego za okres od dnia, w którym Ubezpieczony nie dostarczył dokumentów, o których mowa w ust. 1, lub przestał być niezdolny do pracy, Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego zwrotu spełnionego świadczenia.

§ 22

1. Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom medycznym, z wyłączeniem badań genetycznych, w okresie wypłacania świadczenia ubezpieczeniowego, mających na celu potwierdzenie ciągłości niezdolności do pracy.
2. Koszty badań, o których mowa w ust. 1, ponosi Towarzystwo.

Postanowienia końcowe

§ 23

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy dodatkowej powinny być dokonywane na piśmie.
2. O ile warunki umowy nie wymagają zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące

umowy dodatkowej będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub na innym niż forma pisemna trwałym nośniku.

§ 24

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD mają zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWUD i ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego do umowy dodatkowej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 25

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 19 stycznia 2021 r.