

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek
na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy – indeks UPOS/17/10/01

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 § 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 5 ust. 1 § 8 ust. 2 i 3 § 9 § 13 ust. 3

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.

Ubezpieczony

§ 1

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończył 18. i nie ukończył 63. roku życia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 4, które zaistniało w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się:
 181. dzień nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy (która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowej) i związanego z tym niewykonywania przez Ubezpieczonego pracy z powodu obrażeń ciała lub choroby lub
 - dzień powstania, na skutek nieszczęśliwego wypadku, następujących obrażeń ciała:
 - utraty obu dłoni powyżej nadgarstków,
 - utraty obu stóp powyżej kostek,
 - utraty jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki,
 - utraty wzroku w obu oczach.
- Za niezdolność do pracy uznaje się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej będącą rezultatem:
 - obrażeń ciała Ubezpieczonego powstałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub
 - choroby Ubezpieczonego, której rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,potwierdzoną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a w przypadku braku prawa Ubezpieczonego do ubiegania się o wydanie takiej decyzji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub zaistnienia obrażeń ciała wymienionych w ust. 3 pkt 2) – potwierdzoną dokumentacją medyczną lub badaniami przeprowadzonymi przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

Umowa dodatkowa

§ 3

- Umowa dodatkowa zawierana jest na czas określony, do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
- Do zawarcia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące zawarcia umowy podstawowej.

Treść umowy dodatkowej

§ 4

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

- Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki regularnej na wniosek Ubezpieczającego powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 6

- Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie

umowy dodatkowej jest kwotą zmienną w okresie obowiązywania niniejszej umowy dodatkowej.

- Aktualna suma ubezpieczenia jest równa wysokości składki regularnej, z wyłączeniem składek z tytułu następujących umów dodatkowych:
 - dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej (DOM);
 - dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rozpoznania u Ubezpieczonego nowotworu – Pomoc na Raka;
 - dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc.

Składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 7

- Do celów wyliczenia składki z tytułu niniejszej umowy dodatkowej stosuje się aktualną sumę ubezpieczenia obliczoną zgodnie z § 6 ust. 2, z wyłączeniem składki z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- Wysokość składki dodatkowej ochronnej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 8

- Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi suma ubezpieczenia, o której mowa w § 6 ust. 2.
- Świadczenie ubezpieczeniowe jest spełniane poprzez przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składki regularnej, z wyłączeniem składek z tytułu umów dodatkowych wymienionych w § 6 ust. 2, w datach wymagalności składki regularnej, przypadających po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a przed datą wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej i przed ustaniem niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
- Niezależnie od postanowień umowy podstawowej o podwyższeniu składki regularnej, w tym o podwyższeniu składki regularnej w związku z indeksacją, postanowienia te nie mają zastosowania w okresie realizacji świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- Towarzystwo spełnia świadczenie ubezpieczeniowe z datą wymagalności składki regularnej, począwszy od pierwszego dnia wymagalności składki regularnej następującego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wystąpienia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej, lub
 - ustania niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;

- 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 11) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w wyniku:
 - 1) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich poprzez niewyrażenie zgody na standardowe, powszechnie uznane, procedury medyczne lub nieprzestrzeganie przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego.
 3. 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.

Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 10

1. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.uniaq.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym. Dokumenty sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W wątpliwych przypadkach zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego ustalane jest na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
4. Ubezpieczony, na żądanie i w terminie określonym przez Towarzystwo, ma obowiązek dostarczyć dokumenty stwierdzające ciągłość niezdolności do pracy. Jeżeli Ubezpieczony nie jest już niezdolny do pracy, Ubezpieczający ma obowiązek opłacania składki regularnej, poczynając od najbliższego terminu wymagalności składki łącznej następującego po ustaniu niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia, w którym ustała niezdolność do pracy, powiadomić Towarzystwo o odzyskaniu zdolności do pracy.
6. Ubezpieczony ma obowiązek w okresie wypłacania świadczenia ubezpieczeniowego poddać się, na żądanie Towarzystwa, badaniom medycznym, z wyłączeniem badań genetycznych, mającym na celu potwierdzenie ciągłości niezdolności do pracy. Koszty badań ponosi Towarzystwo.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 11

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy dodatkowej, składając Towarzystwu oświadczenie o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. W przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową ochronną, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy dodatkowej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 12

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wypowiedzenia umowy podstawowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy dodatkowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy dodatkowej na cudzy rachunek obowiązek określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym.
3. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy dodatkowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 14

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa ochronna, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej ochronnej za niewykorzystany okres ochrony.

Definicje

§ 15

1. Pojęcia używane w OWUD mają znaczenie nadane im w umowie podstawowej, chyba że w OWUD nadano im inne znaczenie.

2. Pojęcia używane w OWUD mają następujące znaczenie:

- 1) **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
- 2) **składka dodatkowa ochronna** – składka należna z tytułu umowy dodatkowej, zwana również składką z tytułu umowy dodatkowej;
- 3) **składka regularna** – składka z tytułu umowy podstawowej, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o umowy dodatkowe – powiększona o składki dodatkowe ochronne / składki z tytułu umowy dodatkowej;

- 4) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Chłodnej 51, zwane również UNIQA.

Postanowienia końcowe

§ 16

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 19 stycznia 2021 r.