



Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek  
na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy – indeks POS/23/04/24

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
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

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
- są wskazane również w umowie podstawowej.

## Ubezpieczony

### § 1

1. Ubezpieczonym jest wyłącznie Ubezpieczony Główny, będący jednocześnie Ubezpieczającym.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończyła 18. i nie ukończyła 63. roku życia.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 4, które zaistniało w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się:
  - 1) 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
  - 2) dzień powstania, na skutek nieszczęśliwego wypadku, następujących obrażeń ciała:
    - a) utraty obu dłoni powyżej nadgarstków,
    - b) utraty obu stóp powyżej kostek,
    - c) utraty jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki,
    - d) utraty wzroku w obu oczach.
4. Za niezdolność do pracy uznaje się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej będącą rezultatem:
  - 1) obrażeń ciała Ubezpieczonego powstałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub
  - 2) 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.

## Treść umowy dodatkowej

### § 4

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

## Ochrona ubezpieczeniowa

### § 5

1. 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 łącznej powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
  - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
  - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

## Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

### § 6

1. 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.

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

## Składka z tytułu umowy dodatkowej

### § 7

1. 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.
2. Wysokość składki dodatkowej 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

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

## Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

### § 9

1. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:
  - 1) 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 dm<sup>3</sup>;
  - 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) 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) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
  - 10) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
  - 11) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
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 jest zobowiązane do spełnienia jakichkolwiek świadczeń, w tym zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, zapłaty jakichkolwiek środków z tytułu roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek korzyści na podstawie niniejszej umowy w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez Towarzystwo sankcji, zakazów lub ograniczeń wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki, Wielką Brytanię lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa obowiązującymi Towarzystwo.

## 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.uniq.pl](http://www.uniq.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

Do odstąpienia od umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące odstąpienia od umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

## Wypowiedzenie umowy dodatkowej

### § 12

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

## Rozwiązanie umowy dodatkowej

### § 13

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
  - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
  - 2) z upływem okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego;
  - 3) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej za niewykorzystany okres ochrony.

## Postanowienia końcowe

### § 14

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 28 marca 2023 r.