



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN „HESTIA RODZINA”

(kod HR 01/06)

I. Postanowienia ogólne	2
II. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
III. Umowa ubezpieczenia	4
IV. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	4
V. Obejmowanie pracowników ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	5
VI. Karencja	6
VII. Obowiązki Ubezpieczającego	7
VIII. Obowiązki Ubezpieczyciela	7
IX. Składka ubezpieczeniowa	7
X. Suma ubezpieczenia oraz zmiana wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej	8
XI. Zgon Ubezpieczonego	8
XII. Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym oraz wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	8
XIII. Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	9
XIV. Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego	9
XV. Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	10
XVI. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	10
XVII. Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	11
XVIII. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	11
XIX. Poważne zachorowanie	12
XX. Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do roszczeń z tytułu nieszczęśliwego wypadku, całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub krwotoku śródmózgowego	14
XXI. Leczenie szpitalne Ubezpieczonego	15
XXII. Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	17
XXIII. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	20
XXIV. Zgon współubezpieczonego	21
XXV. Urodzenie się dziecka	21
XXVI. Wada wrodzona dziecka	21
XXVII. Urodzenie martwego noworodka	21
XXVIII. Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	22
XXIX. Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych	22
XXX. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	23
XXXI. Postanowienia końcowe	23

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin „Hestia Rodzina”.

2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

3. Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin „Hestia Rodzina” zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwana jest dalej umową ubezpieczenia.

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

1) **beneficjent główny** – wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,

2) **beneficjent dodatkowy** – wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,

3) **całkowita, trwała niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca co najmniej przez okres 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód,

4) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, w trakcie którego występują okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów,

5) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego,

6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** – data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej; jeśli nie umówiono się inaczej datą wymagalności składki jest pierwszy dzień okresu za który składka jest należna,

7) **deklaracja zgody** – dokument, w którym osoba wyraża swoją zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, składany Ubezpieczycielowi przez pracownika i przez niego podpisany, wymagany do objęcia go ubezpieczeniem,

8) **grupa Ubezpieczonych** – wszyscy pracownicy objęci odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia,

9) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,

10) **karencja** – okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia,

11) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,

12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

13) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydziałem, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonym w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów,

14) **ojczym, macocha** – osoba pozostająca w związku małżeńskim z nie pozbawionym władzy rodzicielskiej rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji rodzica) lub z nie pozbawionym władzy rodzicielskiej rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka,

15) **operacja chirurgiczna** – metoda leczenia polegająca na naruszeniu ciągłości tkanek Ubezpieczonego wykonywana przez fachowy personel medyczny w warunkach szpitalnych (w ramach bloku operacyjnego) w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; z zakresu ochrony wyłącza się wszelkie zabiegi wykonywane w celach diagnostycznych,

16) **poważne zachorowanie** – określone w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

17) **pracownik** – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia wskazuje, że zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa),

18) **rocznica polisy** – każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego,

19) **rodzic** – rodzic Ubezpieczonego nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego,

20) **składka ubezpieczeniowa** – wymagalna składka opłacana przez Ubezpieczającego za Ubezpieczonego w terminach i wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,

21) **suma ubezpieczenia** – kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego,

22) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,

23) **szpital** – placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowski, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego,

24) **taryfa ubezpieczeniowa** – dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia,

25) **teść** – rodzic małżonka nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka,

26) **trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego** – określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad określonym narządem Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

27) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

28) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem,

29) **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia,

30) **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA,

31) **współubezpieczony** – małżonek, dziecko, rodzic lub teść Ubezpieczonego, których życie lub zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia,

32) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** – nieszczęśliwy wypadek, w którym:

a) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze (pojęcia „pojazd” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym; pojazdem poruszającym się po drodze jest również tramwaj),

b) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany w szczególności kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu)

33) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy agencyjnej u Ubezpieczającego, bądź

b) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy wyłącznie w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę u Ubezpieczającego; wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Ubezpieczycielowi karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy,

34) **zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – trwający okresowo, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.

2. Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego i z zastosowaniem postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, następujące zdarzenia losowe:

1) zgon Ubezpieczonego (objęty zakresem ubezpieczenia w każdym przypadku),

2) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

3) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

4) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,

5) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

6) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,

7) zgon małżonka,

8) zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

9) zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

10) zgon dziecka,

11) zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

- 12) zgon rodzica,
- 13) zgon teścia,
- 14) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 15) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 16) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 17) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 18) trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 19) trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 20) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 21) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
- 22) poważne zachorowanie małżonka,
- 23) poważne zachorowanie dziecka,
- 24) leczenie szpitalne Ubezpieczonego,
- 25) czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 26) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego,
- 27) urodzenie się dziecka,
- 28) urodzenie martwego noworodka,
- 29) wada wrodzona dziecka,
- 30) osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony – do dnia pierwszej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złoży na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia jej okresu.

§ 6

Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej.

§ 7

1. Jeżeli polisa ubezpieczeniowa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie

niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego są nieważne.

2. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

3. W sytuacji określonej w ust.1, do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczającego postanowień polisy ubezpieczeniowej, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, chyba że doszło do wypłaty świadczenia w związku z ochroną ubezpieczeniową udzielaną na zasadach wskazanych w ust. 3.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 5.

2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. W razie odstąpienia umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą, okres ochrony ubezpieczeniowej za nierozpoczęty, a Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu opłaconych do daty odstąpienia składek ubezpieczeniowych w pełnej wysokości, chyba że przed złożeniem oświadczenia o odstąpieniu doszło do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

4. Jeżeli koniec okresu wypowiedzenia, ustalonego w sposób wskazany w ust. 3, nie przypadałby w ostatnim dniu okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa, okres wypowiedzenia ulegnie zmianie. W sytuacji wskazanej w zdaniu poprzednim, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na koniec okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa i w trakcie którego doszło do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

5. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez jaki trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

6. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia.

7. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana na wniosek każdej ze stron umowy ubezpieczenia z miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, jeżeli liczba Ubezpieczonych spadła poniżej 3 osób.

V. OBEJMOWANIE PRACOWNIKÓW UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić, na poniżej opisanych zasadach, osoba będąca pracownikiem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

2. Pracownik może przystąpić do umowy ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa.

3. Ubezpieczony może przystąpić do umowy ubezpieczenia w ramach grupy Ubezpieczonych, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie ukończy 65 roku życia.

§ 10

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych osób, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel podjął decyzję o akceptacji deklaracji zgody, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej zgodnie z datą wymagalności.

2. Warunkiem objęcia pracownika odpowiedzialnością Ubezpieczyciela jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym w dacie wypełnienia deklaracji zgody (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia).

3. Ubezpieczyciel ma prawo do ustalenia, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia spełnia definicję pracownika. W tym celu Ubezpieczyciel może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu spełnienia definicji pracownika. Nieprzedstawienie przez Ubezpieczającego wymaganych wyjaśnień i dokumentacji w wyznaczonym terminie (nie krótszym niż 7 dni), stanowi podstawę do odmowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej osobie, której dotyczą czynności Ubezpieczyciela.

4. Uprawniony do złożenia deklaracji zgody nie jest pracownik, który przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby.

5. Dokumentem stwierdzającym rozpoczęcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pracownika jest potwierdzenie przystąpienia do umowy ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela oraz przekazywane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.

6. Do czasu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela potwierdzonej dokumentem określonym w ust. 5, składki ubezpieczeniowe (za wyjątkiem wpłaty na poczet pierwszej składki) nie są wymagalne. Dokonana wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej będzie potraktowana jako składka ubezpieczeniowa za pierwszy miesiąc odpowiedzialności następujący po podjęciu przez Ubezpieczyciela decyzji o akceptacji deklaracji zgody.

7. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od ubezpieczenia w okresie 30 dni od daty doręczenia mu przez Ubezpieczającego potwierdzenia przystąpienia do

umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia. W razie odstąpienia uważa się, że okres ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do pracownika nie rozpoczął się, a Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu opłaconej do daty odstąpienia składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości, chyba że przed złożeniem oświadczenia o odstąpieniu doszło do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 11

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:

- 1) uzyskania dokumentów potwierdzających strukturę wieku, płci i zawodów pracowników Ubezpieczającego,
- 2) uzyskania dokumentów potwierdzających stan zdrowia pracownika oraz spełnianie przez niego definicji pracownika,
- 3) skierowania pracownika na badania lekarskie, przeprowadzane przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.

2. Koszty badań medycznych zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

§ 12

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz przed zaakceptowaniem deklaracji zgody, dokonuje na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji zgody lub innej dostarczonej dokumentacji, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.

2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy pracowników polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia na podstawie zbiorczych danych dotyczących pracowników, w tym struktury wieku, płci i wykonywanych zawodów w grupie pracowników.

3. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danego pracownika polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby obejmowanej ubezpieczeniem, jej statusem majątkowym, wykonywanym przez nią zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

4. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy ubezpieczenie, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danego pracownika odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub zaproponowania pracownikowi przystąpienia do umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych.

5. Jeżeli Ubezpieczyciel podejmie decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia lub przystąpienia pracownika do umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu w odniesieniu do decyzji Ubezpieczyciela w terminie siedmiu dni od jej doręczenia.

6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, jednak nie dojdzie do rezygnacji z przystąpienia

do ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela obowiązuje od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na warunkach wskazanych w zdaniu pierwszym obowiązuje do czasu uzgodnienia przez strony warunków ubezpieczenia lub rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca okresu, za który dokonano wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej za tego pracownika.

7. Jeżeli nie dojdzie do akceptacji deklaracji zgody bądź nie zostaną przyjęte zmienione przez Ubezpieczyciela warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel zwróci dokonaną wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej, chyba że doszło do wypłaty świadczenia w związku z ochroną ubezpieczeniową udzielaną na zasadach wskazanych w ust. 6.

8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 5, uważa się że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczęła się od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, zgodnie z propozycją Ubezpieczyciela.

§ 13

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, kończy się:

1) z końcem miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynie oświadczenie woli Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia (jeżeli składka opłacana jest za okresy dłuższe niż miesiąc, odpowiedzialność kończy się z ostatnim dniem okresu); rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej,

2) z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia składka w grupie Ubezpieczonych – w przypadku ustania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku będącego podstawą objęcia pracownika ubezpieczeniem,

3) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia (w sytuacji opisanej w § 19 ust. 4),

4) po upływie zawieszenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 20 ust. 1 pkt 2), jeżeli opłacanie składek ubezpieczeniowych nie zostało podjęte w wymaganym terminie,

5) w dacie zgonu Ubezpieczonego.

2. Wobec Ubezpieczonego, w stosunku do którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela zakończyła się, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową możliwe jest wyłącznie z zachowaniem postanowień §§ 9-12.

3. W okresie wskazanym w § 19 ust. 7 i w § 20 ust. 1 odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest zawieszona.

VI. KARENCA

§ 14

1. W stosunku do następujących świadczeń, karencja ma zastosowanie bez względu na datę złożenia deklaracji zgody:

1) świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, jeżeli nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem – karencja trwa przez okres 6 miesięcy,

2) świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka i dziecka i czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w § 46

(niespowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem) – karencja trwa przez okres 3 miesięcy,

3) świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – karencja trwa przez okres 1 miesiąca,

4) świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, wady wrodzonej dziecka oraz urodzenia martwego noworodka – karencja trwa przez okres 10 miesięcy (karencja opisana w niniejszym punkcie stosowana jest w odniesieniu do osób ubezpieczanych w ramach umowy zawartej na rzecz grupy, w której liczba pracowników w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie przekracza 20).

2. Poza sytuacją opisaną w ust. 1, karencja ma zastosowanie, gdy pracownik złożył deklarację zgody po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do przystąpienia do umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 (za datę złożenia deklaracji zgody uznaje się dzień jej wpływu do Ubezpieczyciela). W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym karencja stosowana jest dodatkowo w odniesieniu do świadczeń z tytułu:

1) zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego (niespowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem) – karencja trwa przez okres 6 miesięcy,

2) urodzenia się dziecka, wady wrodzonej dziecka, urodzenia martwego noworodka – karencja trwa przez okres 10 miesięcy i stosowana jest w sytuacji, gdy w grupie Ubezpieczonych nie jest stosowana karencja wskazana w ust. 1 pkt 4).

3. Datą nabycia uprawnień do przystąpienia do umowy ubezpieczenia jest:

1) dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia albo

2) dzień zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego – jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie wystąpienia zdarzenia wskazanego w pkt 1) albo

3) dzień, w którym zaistniało inne zdarzenie, jeśli takie zostało ustalone w umowie ubezpieczenia.

4. Okres karencji, o którym mowa w ust. 1 i 2 liczony jest począwszy od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. W odniesieniu do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka lub dziecka okres karencji liczony jest począwszy od dnia objęcia ubezpieczeniem małżonka lub dziecka.

5. Karencja, o której mowa w ust. 1 i 2, nie ma zastosowania w zakresie wskazanym w zdaniu drugim niniejszego ustępu, jeśli pracownik przystępując do ubezpieczenia rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego. Karencji nie stosuje się tylko w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń i wypłacanych z ich tytułu wysokości świadczeń, które były objęte odpowiedzialnością w umowie ubezpieczenia, z obejmowania którą Ubezpieczony rezygnuje.

VII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 15

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Ubezpieczyciela decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela.

2. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, w razie stwierdzenia naruszenia przez Ubezpieczającego obowiązku określonego w ust. 1, chyba że okoliczności nie podane przez Ubezpieczającego lub podane niezgodnie z prawdą nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

3. Postanowienia ust. 1 i 2 stosuje się także w odniesieniu do Ubezpiezonego składającego oświadczenia w związku z przystępowaniem do umowy ubezpieczenia. Trzyletni okres, określony w ust. 2, liczy się w tym przypadku od daty przystąpienia Ubezpiezonego do umowy ubezpieczenia.

§ 16

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przysyłania Ubezpieczycielowi, do daty wymagalności składek ubezpieczeniowych określonej w umowie ubezpieczenia następujących dokumentów:

- 1) okresowych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych, sporządzanych na formularzu Ubezpieczyciela wraz z informacjami o zaistniałych zmianach w zatrudnieniu,
- 2) wykazu osób nowo przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami zgody,
- 3) wykazu osób, które przestały być członkami grupy Ubezpieczonych lub złożyły oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia, wraz z dokumentami wymaganymi przez Ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, w sposób zwyczajowo przyjęty u Ubezpieczającego, o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych oraz o planowanych zmianach.

4. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela oraz do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonych.

5. W razie niewywiązania się Ubezpieczającego z obowiązku podanego w ust. 2 pkt 2), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia tych osób, co do których obowiązek przewidziany w tym punkcie nie został spełniony.

6. W czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, którego pracownicy objęci są ochroną ubezpieczeniową.

VIII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 17

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, którego dotyczy odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą rozpoczęcia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz po spełnieniu dodatkowych przesłanek wynikających z zastosowania wobec Ubezpiezonego karencji bądź zmienionych warunków ubezpieczenia w wyniku oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.

IX. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z jedną z poniższych częstotliwości:

- 1) miesięcznie,
- 2) kwartalnie,
- 3) półrocznie,
- 4) rocznie.

2. Ubezpieczający może w każdą rocznicę polisy zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej.

3. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na jednakowym poziomie dla wszystkich lub części grupy Ubezpieczonych, w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, przyjętą przez Ubezpieczyciela poziom ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. W wyniku dokonania przez Ubezpieczyciela oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych może różnić się od ustalonej dla pozostałych Ubezpieczonych.

4. Jeżeli składka ubezpieczeniowa jest ustalana indywidualnie dla Ubezpiezonego, jej wysokość zależy od taryfy ubezpieczeniowej, przyjętego przez Ubezpieczyciela poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz przyjętych wysokości i rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych obejmowanych ochroną.

§ 19

1. W dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie, Ubezpieczający jest zobowiązany do dokonania wpłaty na poczet pierwszych składek ubezpieczeniowych.

2. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane do daty z którą stają się one wymagalne.

3. W przypadku niedotrzymania terminu płatności, określonego w ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego wraz ze wskazaniem daty uregulowania należności pod rygorem rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

4. Ubezpieczyciel może, w miejsce rozwiązania umowy ubezpieczenia z powodu niedotrzymania terminu płatności składki ubezpieczeniowej, wyłączyć z ubezpieczenia tych Ubezpieczonych, za których nie opłacono składki ubezpieczeniowej. Wyłączenie Ubezpieczonych z ubezpieczenia, bez rozwiązywania umowy ubezpieczenia, nastąpi w sytuacji, gdy możliwe będzie wskazanie Ubezpieczonych, za których nie opłacono składki ubezpieczeniowej.

5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela oraz zostały spełnione i zweryfikowane warunki określone w § 16 ust. 2. Okres weryfikacji składki nie może trwać dłużej niż 5 dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, chyba że opóźnienie wynika z przyczyn, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.

6. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego składki za Ubezpieczonego, który przestał być członkiem grupy Ubezpieczonych, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.

7. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w okresie 30 dni od daty jej wymagalności, Ubezpieczyciel zawiesza obowiązywanie ochrony ubezpieczeniowej do daty uregulowania należności, rozwiązania umowy ubezpieczenia lub wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia.

8. Jeżeli kwota opłacona przez Ubezpieczającego nie odpowiada sumie składek ubezpieczeniowych wymagalnych za wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem (zgodnie z aktualnymi danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela), Ubezpieczyciel uznaje iż nie została opłacona składka ubezpieczeniowa za wszystkich Ubezpieczonych, a ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu zgodnie z postanowieniami ust. 7.

§ 20

1. Opłacanie składki ubezpieczeniowej może być zawieszane:

1) na wniosek Ubezpieczającego – na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy (okres liczony jest jako krotność okresów, za które opłacane są składki ubezpieczeniowe), jeżeli zawieszenie płatności będzie dotyczyło wszystkich Ubezpieczonych; ponowne zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych na wniosek Ubezpieczającego może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego opłacania składek,

2) na wniosek Ubezpieczonego potwierdzony przez Ubezpieczającego – jeżeli zawieszenie płatności następuje na skutek urlopu wychowawczego, urlopu bezpłatnego Ubezpieczonego, bądź odbywania służby wojskowej; zawieszenie obowiązuje nie dłużej niż do końca miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustała przyczyna zawieszenia; jeżeli data, o której mowa w zdaniu poprzednim nie przypada w dniu zakończenia okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa, koniec okresu zawieszenia następuje wraz z upływem okresu, za który zostały opłacone ostatnie składki ubezpieczeniowe za grupę Ubezpieczonych; wznowienie opłacania składek ubezpieczeniowych następuje po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym przedmiocie.

2. Wraz z zakończeniem okresu zawieszenia opłacania składek składka ubezpieczeniowa staje się ponownie wymagalna.

3. W okresie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych zawieszona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela. Podjęcie opłacania składek ubezpieczeniowych, zgodnie z postanowieniami ust. 1 pkt 1) i 2), skutkuje przywróceniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela od daty zakończenia okresu zawieszenia.

X. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 21

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia.

2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wnioskowania o podwyższenie kwot świadczeń ubezpieczeniowych oraz składki ubezpieczeniowej.

3. W przypadku pisemnego wyrażenia przez Ubezpieczającego, nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy, woli dokonania zmiany warunków ubezpieczenia, proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku w dniu rocznicy polisy pod warunkiem jej zaakceptowania przez Ubezpieczyciela.

XI. ZGON UBEZPIECZONEGO

§ 22

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty beneficjentowi świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego w ust. 1, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu).

XII. ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPADKU PRZY PRACY, WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM ORAZ WYPADKU PRZY PRACY W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

§ 23

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenia dodatkowego:

- 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, – niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.

2. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia dodatkowego:

- 1) z tytułu zgonu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) z tytułu zgonu małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 3) z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Pomędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy dziecka Ubezpieczonego – własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 roku życia.

XIII. TRWAŁE INWALIDZTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 24

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonej w umowie ubezpieczenia kwoty świadczenia:

- 1) z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 3) z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpieczonego – własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 25 roku życia.

3. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:

- 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad następującymi 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),
- 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
- 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty wypadku.

§ 25

1. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, przypisany poniżej do danego zdarzenia procent sumy ubezpieczenia:

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	Procent sumy ubezpieczenia
a) kończyną górną – w stawie barkowym	70%
b) kończyną górną – powyżej stawu łokciowego	65%
c) kończyną górną – poniżej stawu łokciowego	60%
d) kończyną górną – poniżej nadgarstka	55%
e) kończyną dolną – powyżej środkowej części uda	70%
f) kończyną dolną – poniżej środkowej części uda	60%
g) kończyną dolną – poniżej stawu kolanowego	50%
h) kończyną dolną – poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i) kończyną dolną – stopą	40%
j) kończyną dolną – stopą, z wyłączeniem pięty	30%

Całkowita fizyczna utrata	Procent sumy ubezpieczenia
a) kciuka	15%
b) palca wskazującego	10%
c) innego palca u ręki	5%
d) palucha	5%
e) innego palca u stopy	2%

Całkowita utrata	Procent sumy ubezpieczenia
a) wzroku w obu oczach	100%
b) wzroku w jednym oku	50%
c) słuchu w obu uszach	60%
d) słuchu w jednym uchu	30%
e) węchu	10%

2. Jeżeli trwałe inwalidztwo, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w § 24 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie kwot określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.

3. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w ust. 2 w okresie obejmowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie może przekroczyć, w odniesieniu do każdej z osób objętych odpowiedzialnością, 100% sumy ubezpieczenia.

4. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o kwotę świadczenia wcześniej wypłaconego.

XIV. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 26

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

2. Całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie 12 miesięcy jej trwania w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. W przypadku, gdy w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczeń z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaca tylko kwotę najwyższego możliwego do wypłaty świadczenia.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu a Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczenia

z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, to Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie.

5. Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy w pełnej wysokości, o ile wśród przyczyn powstania tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu którego zostało wcześniej wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu. W pozostałych przypadkach, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłaconą wcześniej kwotę świadczenia.

6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.

7. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

§ 27

1. W okresie 24 miesięcy od daty objęcia pracownika ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej następstwem:

1) nieszczęśliwych wypadków zaistniałych przed objęciem pracownika Ubezpieczeniem,

2) chorób, które zostały zdiagnozowane, były leczone lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy przed datą przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.

2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie przekroczy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

3. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy (spowodowanej zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem).

XV. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 28

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

2. Całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu 12 miesięcy jej trwania w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. W przypadku, gdy w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczeń z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaca tylko świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu a Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, to Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie.

5. Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, o ile wśród przyczyn powstania tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu którego zostało wcześniej wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu. W pozostałych przypadkach, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłaconą wcześniej kwotę świadczenia.

6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.

7. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XVI. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 29

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.

3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczone bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez komisję lekarską, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.

4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

5. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie, wypłacane jest za każdy procent tego uszczerbku.

6. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
8. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określony nie wcześniej niż po 3 miesiącach i nie później niż po 3 latach licząc od daty wypadku.
9. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 8, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.
10. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.

XVII. ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 30

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu rozumiane są zgodnie z ich definicjami wskazanymi w § 35 pkt 1 i 3, z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia nastąpi również w przypadku zgonu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu potwierdzony badaniem sekcyjnym.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli zdarzenie to było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i o ile umową ubezpieczenia objęte były zarówno świadczenia określone w ust. 1 jak i świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń.
4. Jeżeli w wyniku doznania przez Ubezpieczonego zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Ubezpieczony ten uległ nieszczęśliwemu wypadkowi i zmarł, a umową ubezpieczenia objęte były zarówno świadczenie określone w ust. 1 jak i świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci wyłącznie świadczenie określone w ust. 1. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie, które ze zdarzeń (nieszczęśliwy wypadek, czy też zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu) wystąpiło jako pierwsze, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
5. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

§ 31

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego albo udaru mózgu, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.
2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik zrezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu zgonu w następstwie zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu.

XVIII. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

§ 32

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego w rozumieniu § 35 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie świadczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Za krwotok śródmózgowy uznaje się wyłącznie wylew krwi do mózgu niszczący utkanie tego narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone objawy mózgowo związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyńiowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 nie może być wyższy niż 100%.
4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego.
5. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeżeli zdarzenie to było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń: świadczenie określone w niniejszym paragrafie albo świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (o ile obydwa rodzaje zdarzeń stanowią przedmiot umowy ubezpieczenia).
6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na

zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.

7. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzecznym bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez komisję lekarską, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.

8. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

9. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

10. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określony nie wcześniej niż po 3 miesiącach i nie później niż po 3 latach licząc od daty zdarzenia.

11. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 9, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.

12. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

§ 33

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego albo krwotoku śródmózgowego, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo krwotok śródmózgowy wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.

2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

3. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego i krwotoku śródmózgowego.

XIX. POWAŻNE ZACHOROWANIE

§ 34

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:

1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka,

2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka w wieku od 1 roku do 18 lat (odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego).

3. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

4. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w zakresie podstawowym, w zakresie rozszerzonym lub w zakresie maksymalnym.

5. W odniesieniu do świadczeń z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego i małżonka obowiązuje ten sam zakres poważnych zachorowań za wyjątkiem zakresu maksymalnego, który dotyczy wyłącznie Ubezpieczonego (małżonek obejmowany jest wówczas ubezpieczeniem w zakresie rozszerzonym).

6. W ramach zakresu podstawowego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-6).

7. W ramach zakresu rozszerzonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-12).

8. W ramach zakresu maksymalnego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-18).

9. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 4)-9) i 18)-20).

§ 35

Za poważne zachorowanie, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków uważa się:

1) **zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:

a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,

b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,

c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),

d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,

e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia).

2) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** – wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszukowej.

3) **udar mózgu** – incydent naczyniowo – mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) zawał tkanki mózgowej,
- b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
- c) zator materiałem pozaczaszkowym.

Wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg wskazany w niniejszym zdaniu nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu).

4) **nowotwór złośliwy** – choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek. Pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina). Klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
- b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
- c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
- d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

5) **niewydolność nerek** – końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki.

6) **przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza.

7) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego.

8) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia.

9) **oparzenie** – oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała.

10) **stwardnienie rozsiane** – stwardnienie rozsiane musi być jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego. Zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi. Dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej.

11) **przeszczep zastawki serca** – chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca. Pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) walwuloplastyka,
- b) walwulotomia,
- c) komisurotomia.

12) **operacja aorty** – leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu. Pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień. Urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności.

13) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w wyniku choroby lub urazu. Utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy.

14) **śpiączka** – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni.

15) **utrata słuchu** – obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu.

16) **utrata kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji lub całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

17) **łagodny guz mózgu** – obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.

18) **zapalenie wątroby** (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby) – rozległa martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:

- a) gwałtowne zmniejszenie masy wątroby,

- b) rozległa martwica rozplywna,
- c) nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby,
- d) narastająca żółtaczka.

Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłączenie zakażenia wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

19) **oponiak mózgu** – guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego.

20) **zapalenie mózgu** – ostra choroba zapalna mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych (uszkodzenia struktury mózgu). Wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.

§ 36

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia.

2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności obejmował wystąpienie przynajmniej czterech z poważnych zachorowań wskazanych w § 35 pkt 1)-6).

3. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie będzie objęty małżonek, który ma ukończone 50 lat w roku kalendarzowym, w którym:

- 1) rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego lub
- 2) osoba ta stanie się małżonkiem Ubezpieczonego – jeżeli zawarcie związku małżeńskiego miało miejsce po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego.

4. W rocznicę polisy w roku, w którym osoba objęta odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania kończy 60 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka ulega ograniczeniu:

- 1) w ramach zakresu podstawowego – wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek oraz przeszczepu narządu,
- 2) w ramach zakresu rozszerzonego – wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu oraz poparzenia,
- 3) w ramach zakresu maksymalnego – wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu, poparzenia oraz utraty kończyn.

5. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby tego rodzaju zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, które będą miały bezpośredni lub pośredni związek z zachorowaniem z tytułu którego wypłacono wcześniej świadczenie.

6. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonek albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.

7. Jeżeli odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania nie jest obejmowany Ubezpieczony, ubezpieczeniem nie może być objęte świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka lub dziecka.

8. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, małżonka albo dziecka, na skutek poważnego zachorowania, przed upływem 180 dni od wystąpienia tego zachorowania, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu o kwotę uprzednio wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania.

9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które wystąpiły u Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania, którego przedmiotem jest wystąpienie poważnego zachorowania oraz poważnych zachorowań wynikających ze schorzeń, które wystąpiły przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania.

XX. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W STOSUNKU DO ROSZCZEŃ Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ NASTĘPSTW ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO, UDARU MÓZGU LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

§ 37

1. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 stosowane są w odniesieniu do świadczeń z tytułu:

- 1) zgonu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) zgonu Ubezpieczonego lub małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 5) zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
- 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 8) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- 9) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 10) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 11) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 1, jeśli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
 - 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu lub stanu zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka nie wydano prawomocnego orzeczenia sądu),
 - 5) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 6) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 8) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
 - 9) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków,
 - 10) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - 11) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,
 - 12) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
 - 13) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego lub małżonka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
 - 14) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,
 - 15) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).
3. W przypadku zgonu osoby objętej ubezpieczeniem wskutek zdarzenia, z powodu którego należne było Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe dotyczące tej osoby:
- 1) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego),
 - 2) z tytułu trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z tytułu niezdolności do pracy (również w następstwie nieszczęśliwego wypadku),
- wypłaty świadczeń wynikających ze zgonu zostaną pomniejszone o kwoty świadczeń ubezpieczeniowych wcześniej należnych. Postanowienia zdania pierwszego stosuje się, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty zdarzenia, o którym mowa powyżej. Jeżeli kwota świadczeń należnych wcześniej przewyższa sumę świadczeń z tytułu zgonu, wypłata z tytułu zgonu nie jest należna.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dotyczącego

skutków nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane:

- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym,
- 2) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne – pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

XXI. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§ 38

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.
2. W ramach zakresu podstawowego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 39 ust. 1-2.
3. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zakresu podstawowego wyłącznie do pobytów w szpitalu spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
4. W ramach zakresu rozszerzonego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 39 ust. 1-4.

§ 39

1. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Za każdy dzień pobytu w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie w wysokości, o której mowa w zdaniu pierwszym, należne jest również za każdy dzień pobytu w szpitalu niespodowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o ile tego rodzaju pobyt w szpitalu nie jest wyłączony z odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Jeżeli w okresie pobytu w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na OIOM dodatkowo świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni takiego pobytu.
4. Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym pobylem w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie pobyt w szpitalu.
5. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

6. Wysokość należnego świadczenia jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu pobytu w szpitalu lub w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w ust. 4.

§ 40

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu płatne jest za okres od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

3. Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.

4. Świadczenie, o którym mowa w § 39 ust. 4, będzie należne, jeżeli:

1) z tytułu pobytu w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie ubezpieczeniowe, oraz

2) co najmniej 30 dni czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

5. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu może być wypłacone w danym roku (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy) maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu.

6. Jeżeli:

1) w danym roku Ubezpieczonemu wypłacono świadczenia za 90 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w ust. 5 oraz

2) w dniu najbliższej rocznicy polisy Ubezpieczony jest w trakcie pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, to Ubezpieczyciel ustalając liczbę dni, za które należne jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazane w § 39 ust. 1, pomniejszy liczbę dni pobytu przypadających począwszy od rocznicy polisy o liczbę dni tego pobytu, która przypadła przed rocznicą polisy.

7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego pobytu upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 5, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.

8. Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 7, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł.

9. W każdym roku (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą.

10. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w ogólnych warunkach.

11. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).

12. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

§ 41

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu:

1) chorób będących przedmiotem leczenia szpitalnego przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub w dacie przystąpienia bądź oraz z powodu wad wrodzonych lub ich następstw, nawet jeżeli nie były przedmiotem leczenia; po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia obejmującego świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia szpitalnego przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych lub ich następstw, nawet jeżeli nie były przedmiotem leczenia),

2) chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych, chorób układu nerwowego, upośledzenia umysłowego, chorób wenerycznych, AIDS, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami odurzającymi lub umyślnego samouszkodzenia ciała,

3) operacji plastyczne – kosmetyczne, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,

4) ciąży (z wyjątkiem ciąży wysokiego ryzyka), usuwania ciąży (z wyjątkiem gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety), porodu (z wyjątkiem porodu patologicznego), połogu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie połogu); z okresu pobytu w szpitalu wyklucza się okres porodu i połogu fizjologicznego,

5) leczenia lub zabiegów dentystrycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,

6) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,

7) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,

8) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego ze szpitala na własne żądanie,

9) pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia szpitalnego Ubezpieczony odmówił w przeszłości,

10) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

11) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,

12) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,

13) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

14) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

15) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

16) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,

17) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

18) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenia jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

19) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,

20) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

2. Ubezpieczyciel nie uzna pobytu w szpitalu za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną pobytu zostało spowodowane:

1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, udarem mózgu,

2) wystąpieniem przepukliny (w miejscach typowych np. pachwinowa, brzuszna) do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,

3) dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miazdzystego do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia,

4) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne – pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 42

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia.

2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.

XXII. OPERACJA CHIRURGICZNA UBEZPIECZONEGO

§ 43

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela do operacji

chirurgicznych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Wysokość świadczenia zależna jest od zakwalifikowania danej operacji chirurgicznej do grupy, której w umowie ubezpieczenia przyporządkowana jest kwota świadczenia (oznaczenie grupy do której należy dana operacja zamieszczone jest przy każdej operacji chirurgicznej wymienionej w ust. 4).

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych w poniższej liście:

OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

1. Operacje mózgu, malformacji tętniczych i opon mózgowych – grupa 4

2. Wewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych – grupa 4

3. Zewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych – grupa 3

4. Operacje tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła naczynia – grupa 3

5. Operacje ewakuacji krwiaków śródczaszkowych bez naruszania struktury mózgu – grupa 2

6. Operacje rdzenia kręgowego i innych struktur wewnątrz kanału kręgowego – grupa 4

7. Operacje wszczepienia implantu kręgowego – grupa 4

8. Operacje stabilizacji kręgosłupa – grupa 3

9. Operacje dysków międzykręgowych odcinka szyjnego kręgosłupa – grupa 3

10. Operacje dysków międzykręgowych odcinka piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa – grupa 2

11. Sympatektomia szyjna – grupa 3

12. Naprawcze operacje mikrochirurgiczne nerwów obwodowych – grupa 2

13. Inne operacje nerwów obwodowych – grupa 1

OPERACJE OKULISTYCZNE

1. Operacje nowotworu złośliwego oczodołu i gałki ocznej – grupa 4

2. Przeszczep rogówki – grupa 3

3. Operacje wyluszczenia gałki ocznej – grupa 3

4. Operacje po urazach gałki ocznej – grupa 2

5. Operacyjne leczenie jaskry, zaćmy, odklejenia siatkówki za wyjątkiem operacji laserowych – grupa 2

6. Operacyjne leczenie laserem – grupa 1

7. Operacje w obrębie oczodołu w tym: wycięcie zmiany, zabiegi na gruczole łzowym i drogach łzowych oraz operacje mięśni okoruchowych – grupa 1

8. Operacje wszczepienia protezy gałki ocznej – grupa 1

OPERACJE OTOLARYNGOLOGICZNE

1. Operacje ślimaka – grupa 4

2. Operacje ucha wewnętrznego – grupa 3

3. Operacje ucha środkowego – grupa 2

4. Operacje ucha zewnętrznego – grupa 1

5. Operacje zatok z wyjątkiem punkcji zatok – grupa 1

6. Operacje naprawcze nosa i przegrody nosowej – grupa 1

7. Operacje usunięcia nosa – grupa 3

8. Operacje wycięcia zmiany nie nowotworowej w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła – grupa 1

9. Operacje wycięcia zmiany nowotworowej w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła – grupa 2

10. Wycięcie krtani – grupa 4

11. Operacje wycięcia języka – grupa 4

OPERACJE W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ

1. Przeszczep serca – grupa 4
2. Otwarte operacje struktur serca (wykonywane z koniecznością otwarcia klatki piersiowej) – grupa 4
3. Operacje struktur serca wykonywane od strony jam serca – grupa 3
4. Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass) – grupa 4
5. Operacje udrażniania tętnic wieńcowych wykonywane od strony światła naczynia – grupa 2
6. Operacje wszczepienia stałego rozrusznika serca – grupa 2
7. Operacje wycięcia osierdzia – grupa 4
8. Inne operacje osierdzia – grupa 1
9. Operacje częściowego wycięcia tchawicy – grupa 4
10. Otwarte operacje naprawcze tchawicy – grupa 2
11. Operacje założenia stałej tracheostomii – grupa 1
12. Operacje częściowego wycięcia oskrzela – grupa 3
13. Operacje endoskopowe dróg oddechowych (nie obejmuje procedur diagnostycznych i usunięcia ciała obcego bez nacięcia) – grupa 2
14. Przeszczep płuca – grupa 4
15. Operacje resekcyjne płuca – grupa 4
16. Operacje śródpiersia – grupa 3
17. Otwarte operacje wycięcia opłucnej – grupa 3
18. Operacje endoskopowe jamy opłucnowej – grupa 2
19. Nakłucie jamy opłucnowej – grupa 1
20. Operacje resekcyjne i rekonstrukcyjne ściany klatki piersiowej – grupa 3
21. Operacje naprawcze pękniętej przepony – grupa 2

OPERACJE UKŁADU NACZYNIOWEGO

1. Otwarte operacje dużych naczyń tętniczych, w tym aorty i jej odgałęzień, tętnicy płucnej i tętnicy szyjnej – grupa 4
2. Operacje dużych naczyń tętniczych, w tym aorty i jej odgałęzień, tętnicy płucnej i tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła naczynia – grupa 3
3. Otwarte operacje żyły głównej, żyły płucnej, żyły wrotnej i jej odgałęzień – grupa 4
4. Operacje żyły głównej, żyły płucnej, żyły wrotnej i jej odgałęzień wykonywane od strony światła naczynia – grupa 3
5. Operacje innej tętnicy – grupa 2
6. Operacje innego naczynia żylnego – grupa 2
7. Operacje doszczętnego blokowego wycięcia węzłów chłonnych – grupa 3
8. Operacje przewodu limfatycznego – grupa 3
9. Operacje drenażu zmiany węzła chłonnego – grupa 2

OPERACJE SUTKA

1. Operacje całkowitego wycięcia nowotworu złośliwego sutka (mastektomia radykalna) – grupa 4
2. Oszczędzające operacje usunięcia nowotworu złośliwego sutka (mastektomia częściowa) – grupa 2
3. Operacje rekonstrukcyjne sutka – grupa 2
4. Operacje usunięcia zmiany nie nowotworowej sutka – grupa 1

OPERACJE HEPATOGASTROENTEROLOGICZNE

1. Operacyjne leczenie nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego – grupa 4

2. Operacje całkowitego wycięcia przełyku i żołądka – grupa 4
3. Operacje częściowego wycięcia przełyku i żołądka – grupa 2
4. Otwarte operacje antyrefluksowe – grupa 2
5. Otwarte operacje plastyczne żołądka – grupa 2
6. Operacje całkowitego i częściowego wycięcia trzustki – grupa 4
7. Inne operacje trzustki – grupa 2
8. Przeszczep wątroby – grupa 4
9. Operacje częściowego wycięcia wątroby – grupa 3
10. Operacje naprawcze wątroby – grupa 2
11. Operacje pęcherzyka żółciowego – grupa 2
12. Endoskopowe operacje dróg żółciowych i przewodu trzustkowego – grupa 2
13. Operacje wycięcia śledziony – grupa 2
14. Operacje jelit z utworzeniem stałego sztucznego odbytu – grupa 4
15. Operacje jelit – grupa 2
16. Operacyjne usunięcie wyrostka robaczkowego lub uchyłka Meckela – grupa 1
17. Operacyjne usunięcie guzków krwawniczych odbytu – grupa 1
18. Endoskopowe operacje przewodu pokarmowego – grupa 1

OPERACJE UROLOGICZNE

1. Operacje nowotworów nerki i dróg moczowych – grupa 4
2. Przeszczep nerki – grupa 4
3. Operacje usunięcia obu nerek – grupa 4
4. Operacje nerki – grupa 2
5. Operacje dróg moczowych, za wyjątkiem usuwania złośliwych – grupa 2
6. Operacje usunięcia złośliwych dróg moczowych – grupa 1
7. Operacje całkowitego wycięcia pęcherza moczowego – grupa 4
8. Operacje nowotworu złośliwego jądra – grupa 4
9. Amputacja prącia – grupa 4
10. Operacje usunięcia jąder – grupa 4
11. Operacje jądra – grupa 2
12. Operacje najądrza i powrózka nasiennego – grupa 2
13. Operacje napletka, prącia, moszny – grupa 1

OPERACJE PROSTATY

1. Operacje prostaty – grupa 2
2. Operacje radykalnego wycięcia prostaty – grupa 4

OPERACJE GINEKOLOGICZNE

1. Operacyjne leczenie nowotworów złośliwych macicy i jajników – grupa 4
2. Operacje całkowitego wycięcia przydatków i macicy – grupa 4
3. Otwarte operacje macicy – grupa 3
4. Operacje całkowitego wycięcia macicy – grupa 3
5. Operacje całkowitego wycięcia przydatków – grupa 3
6. Operacje przydatków – grupa 2
7. Laparoskopowe operacje ginekologiczne – grupa 2
8. Operacje w obrębie sromu i krocza, szyjki macicy – grupa 1
9. Operacje w obrębie pochwy i szyjki macicy – grupa 1
10. Operacje w obrębie jamy macicy – grupa 1
11. Operacyjne rozwiązanie ciąży – grupa 1

CHIRURGIA URAZOWA I ORTOPEDYCZNA

1. Amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego – grupa 3
2. Amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego – grupa 2
3. Amputacja kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego – grupa 3
4. Amputacja kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego – grupa 2
5. Amputacja palców – grupa 1
6. Operacyjne wszczepienie endoprotezy dużego stawu – grupa 3
7. Leczenie operacyjne z użyciem materiałów stabilizujących – grupa 2
8. Operacje kości i stawów – grupa 2
9. Operacje artroskopowe – grupa 1

OPERACJE SKÓRY I TKANEK MIĘKKICH

1. Operacje przeszczepu skóry – grupa 2
2. Operacje wprowadzenia ekspandera pod skórę – grupa 1
3. Operacje przepuklin, w tym pępkowej, pachwinowej, udowej, mosznowej – grupa 1
4. Operacje nawrotowych przepuklin, w tym pępkowej, pachwinowej, udowej, mosznowej – grupa 2
5. Operacje usunięcia zmiany otrzewnej i drenaż otwarty jamy otrzewnej – grupa 2
6. Operacje sieci, krezki jelita cienkiego, krezki okrężnicy – grupa 2
7. Operacje ścięgna – grupa 1
8. Operacje mięśni, w tym wycięcie, przeszczep, operacje naprawcze i uwolnienie przykurczu (z wyjątkiem prostego szycia mięśnia) – grupa 1
9. Operacyjne leczenie nowotworu skóry (czerniaka) – grupa 4

INNE OPERACJE

1. Operacje nowotworu złośliwego tarczycy – grupa 4
2. Operacje całkowitego wycięcia tarczycy – grupa 3
3. Operacje usunięcia zmiany w obrębie tarczycy – grupa 2
4. Operacje gruczołów wydzielania wewnętrznego – grupa 2
5. Laparotomia i laparoscopia zwiadowcza – grupa 1

§ 44

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta operacja chirurgiczna, która nastąpiła z powodu:

- 1) chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub z powodu wad wrodzonych bądź ich następstw, nawet jeżeli nie były przedmiotem leczenia; po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia obejmującego świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych, Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych lub ich następstw, nawet jeżeli nie były przedmiotem leczenia),
- 2) chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych, chorób układu nerwowego, choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 3) ciąży (z wyjątkiem ciąży wysokiego ryzyka), usuwania ciąży (z wyjątkiem gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia

kobiety), porodu (z wyjątkiem porodu patologicznego), porodu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie porodu),

4) leczenia i zabiegów dentystycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,

5) badań rutynowych lub diagnostycznych,

6) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,

7) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

8) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,

9) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,

10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

11) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

12) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków przez Ubezpieczonego,

13) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej lub umyślnego samookaleczenia ciała bądź usiłowania popełnienia samobójstwa,

14) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),

15) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

16) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,

17) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:

1) operacji lub zabiegów w których Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,

2) operacji plastyczno – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,

3) operacji zmiany płci,

4) zabiegów ginekologicznych typu: wyłyżeczkowanie jamy macicy, założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy, usunięcie polipa z szyjki macicy, nacięcia gruczołu Bartholina.

3. Ubezpieczyciel uznaje za jedną operację chirurgiczną kolejne etapy leczenia obejmujące standardowo wykonywane procedury chirurgiczne prowadzące do wyleczenia tej samej jednostki chorobowej oraz kolejne operacje chirurgiczne wykonywane w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, mające związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

4. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, Ubezpieczyciel wypłaci jedno, najwyższe ze świadczeń przyporządkowanych do przeprowadzonych operacji.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w czasie wykonywania operacji zmarł.
6. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w danym roku trwania ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 4. Ostatnim dniem roku trwania ubezpieczenia jest zawsze dzień poprzedzający rocznicę polisy.
7. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć dwukrotności świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 4. Ograniczenie wskazane w zdaniu pierwszym nie dotyczy sytuacji, gdy kwoty świadczeń przekraczające wskazany powyżej limit wypłacane będą z tytułu operacji chirurgicznych będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wypłat świadczeń przed przekroczeniem limitu.
8. W przypadku zgonu Ubezpiezonego, którego przyczyna miała związek z wykonaną wcześniej operacją chirurgiczną, przed upływem 180 dni od przeprowadzenia operacji chirurgicznej, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu zgonu o kwotę wcześniej wypłaconego świadczenia z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej.
9. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat zakres odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu operacji chirurgicznej będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 2, 7 i 9, zostanie wypłacone jeżeli operacja chirurgiczna nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 45

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu operacji chirurgicznych, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia.
2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznych.

XXIII. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 46

1. Za dzień czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu niezdolności do pracy.

3. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności.
4. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpiezonego.
5. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane najdłużej za 150 dni w ciągu roku liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.
6. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat zakres odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpi przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy nie jest należne, jeżeli Ubezpieczony w okresie tej niezdolności zmarł. Jeżeli świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy zostało przyznane przed uzyskaniem przez Ubezpieczyciela informacji o zgonie Ubezpiezonego, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu zgonu o kwotę wypłaconą wcześniej.
8. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta czasowa niezdolność do pracy Ubezpiezonego z powodu:
 - 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
 - 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpiezonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
 - 5) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 6) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenia jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 8) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
 - 9) nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków,
 - 10) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - 11) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV lub pochodnymi,
 - 12) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,
 - 13) obrażeń ciała doznanych przed datą przystąpienia Ubezpiezonego do ubezpieczenia,

- 14) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,
- 15) wad wrodzonych lub ich następstw,
- 16) ciąży, usuwania ciąży, porodu, połogu,
- 17) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

§ 47

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia.
2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

XXIV. ZGON WSPÓŁUBEPIECZONEGO

§ 48

1. W przypadku zgonu:

- 1) małżonka,
- 2) dziecka,
- 3) rodzica,
- 4) teścia,

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu odpowiedniego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Za dziecko, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, uważa się dziecko Ubezpieczonego – własne, przysposobione lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły – w wieku do 25 lat. Umowa ubezpieczenia może wskazywać, że świadczenie z tytułu zgonu dziecka jest należne bez względu na wiek dziecka.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1 jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) popełnienia przez współubezpieczonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu współubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 6) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XXV. URODZENIE SIĘ DZIECKA

§ 49

1. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka nie jest należne jeżeli dziecko zostało przysposobione przez Ubezpieczonego albo zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XXVI. WADA WRODZONA DZIECKA

§ 50

1. W przypadku stwierdzenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego wady wrodzonej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie wad wrodzonych, powstałych w okresie zarodkowym lub płodowym.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli leczenie przyczynowe wady zostało rozpoczęte przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia. Rozpoznanie i leczenie wady wrodzonej musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z wystąpienia wady wrodzonej dziecka nie jest należne, jeżeli dziecko zmarło w pierwszych 30 dniach od urodzenia.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są wady:
 - 1) nabyte w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku po urodzeniu się dziecka,
 - 2) związane z chorobą AIDS lub zarażeniem dziecka wirusem HIV bądź pochodnymi w okresie zarodkowym lub płodowym,
 - 3) wynikające z nieuzasadnionego niekorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza przez matkę w okresie ciąży,
 - 4) powstałe na skutek przyjmowania przez matkę w okresie ciąży alkoholu, narkotyków lub leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 5) powstałe na skutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu przez matkę w okresie ciąży,
 - 6) powstałe na skutek zatrucia matki w okresie ciąży substancjami stałymi, płynnymi lub lotnymi,
 - 7) nabytych w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, któremu poddana została matka w okresie ciąży, jeżeli powyższe nie wynikało ze stosowania terapii zleconej przez lekarza.

XXVII. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

§ 51

- W przypadku urodzenia martwego noworodka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego

w umowie ubezpieczenia. Roszczenie uwzględnia się, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

XXVIII. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 52

1. W przypadku zgonu Ubezpiezonego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpiezonego w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy, świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpiezonego w przypadku zgonu Ubezpiezonego w następnym:

- 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpiezonego w okresie pierwszych dwóch lat od przystąpienia przez Ubezpiezonego do ubezpieczenia,
- 2) czynnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) popełnienia przez Ubezpiezonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpiezonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu).

XXIX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 53

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpiezonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-7, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpiezonego.

2. W przypadku zgonu Ubezpiezonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

3. W przypadku zgonu Ubezpiezonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpiezonego jako beneficjenci dodatkowi.

4. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

5. W przypadku zgonu Ubezpiezonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpiezonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpiezonego, 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 Ubezpiezonego – w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.

6. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie na formularzu Ubezpieczyciela.

7. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpiezonego, o którym mowa w ust. 6.

§ 54

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do jego otrzymania winna przedłożyć Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),
- 2) dokument potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia,
- 3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpiezonego lub współubezpiezonego, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka – w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpiezonego, małżonka czy dziecka Ubezpiezonego (do wglądu),
- 4) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpiezonego lub współubezpiezonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
- 5) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia – w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
- 6) kartę wypadku – w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw wypadku przy pracy,
- 7) decyzję organu rentowego – przypadku występowania z roszczeniem z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
- 8) wszelką dokumentację dotyczącą leczenia – w przypadku występowania z roszczeniem wynikającym z choroby,
- 9) dokumentację potwierdzającą pobyt Ubezpiezonego w szpitalu (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM) – w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu pobytu Ubezpiezonego w szpitalu,
- 10) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzające niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpiezonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy – w przypadku występowania z roszczeniem związanym z czasową niezdolnością do pracy,
- 11) własny dokument tożsamości (do wglądu),
- 12) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczony, małżonek lub dziecko, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

3. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, określające stan zdrowia Ubezpiezonego, małżonka lub dziecka, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

§ 55

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 wypadku.

2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

XXX. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

§ 56

Ubezpieczony może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeżeli:

1) przestał być pracownikiem Ubezpieczającego – pod warunkiem obejmowania Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki pracownik objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą pracownik zrezygnował przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków),

2) odbywa zasadniczą służbę wojskową, przebywa na urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym oraz w sytuacji gdy umowa o pracę, którą Ubezpieczony zawarł z Ubezpieczającym lub umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy – bez względu na okres trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 57

1. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia o możliwości zawarcia umowy indywidualnej, zgodnie z warunkami obowiązującymi w odniesieniu do takich umów u Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel nie dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego wobec Ubezpieczonych zawierających umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 58

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin, obowiązujących u Ubezpieczyciela w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierane będą z zastosowaniem:

1) sumy ubezpieczenia stosowanej w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupy oraz

2) składki ubezpieczeniowej dostosowanej do wysokości sumy ubezpieczenia i wyznaczonej w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 pkt 3).

3. Na wniosek Ubezpieczającego, złożony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierane będą z zastosowaniem:

1) składki ubezpieczeniowej stosowanej w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupy oraz

2) sumy ubezpieczenia dostosowanej do wysokości składki ubezpieczeniowej i wyznaczonej w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 pkt 3).

4. Zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, w tym zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz wysokość składki ubezpieczeniowej wynikają z:

1) ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1,

2) pakietu świadczeń opisanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 i wskazanego w umowie ubezpieczenia grupowego,

3) taryfy ubezpieczeniowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, aktualnej w dacie składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

5. W wyniku zastosowania postanowień ust. 1-4 zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być odmienne od zasad obowiązujących w ramach grupy Ubezpieczonych.

§ 59

1. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie wspomnianej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.

2. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania go Ubezpieczycielowi.

XXXI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 60

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i beneficjenta powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem przyjęcia lub przesyłane listem poleconym.

2. Pismo skierowane przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego pod ostatni znany Ubezpieczycielowi adres, wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia wysłania, nawet jeśli adresat nie zapoznał się z treścią pisma.

3. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadamiania Ubezpieczyciela o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby oraz adresu zamieszkania Ubezpieczonego.

§ 61

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat polisy na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Z datą wydania duplikatu oryginał polisy staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

§ 62

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 63

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

§ 64

1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przedawniają się po upływie 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do Ubezpieczyciela rozpoczyna się w dacie, w której nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych ogólnych warunkach, Ubezpieczyciel wskazuje w załączniku do polisy ubezpieczeniowej lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 65

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika, po przesłaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela. Sporządzona na piśmie odpowiedź na skargę lub zażalenie wysyłana jest listem poleconym. Skargi i zażalenia mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 66

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczyciela zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom trzecim poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczającego zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione osobom trzecim wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela.

§ 67

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 31 marca 2006 roku.

Wiceprezes Zarządu



Grzegorz Szatkowski

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska