

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PODSTAWOWEGO „SPOKOJNA GŁOWA PLUS”

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonych.
2. Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie podstawowym, obejmującym wyłącznie ryzyko podstawowe, bądź w zakresie rozszerzonym, obejmującym również wybrane ryzyka dodatkowe. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonym, do umowy będą miały zastosowanie – oprócz niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia (ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego) – również odpowiednie ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia oraz – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym – w oparciu o odpowiednie ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego. Do umowy ubezpieczenia – w zależności od tego, jakie ryzyka dodatkowe zostały objęte odpowiedzialnością Towarzystwa – może mieć zastosowanie więcej niż jeden rodzaj ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
5. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczeniowa. Polisa ubezpieczeniowa określa w szczególności: początek okresu odpowiedzialności, sumy ubezpieczenia, wysokość składki oraz zakres ryzyk obejmowanych ochroną w ramach umowy ubezpieczenia. W polisie ubezpieczeniowej zawarte są także postanowienia umowne odbiegające od treści ogólnych warunków ubezpieczenia – o ile postanowienia takie zostały włączone przez strony do umowy ubezpieczenia.
6. Osoby przystępujące do ubezpieczenia otrzymują pisemne potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia.
7. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zawierają ogólne postanowienia odnoszące się do umowy ubezpieczenia oraz szczegółowe postanowienia dotyczące ryzyka podstawowego.
8. Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zawierają postanowienia nieujęte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia – w szczególności szczegółowe postanowienia dotyczące ryzyka dodatkowych.

§ 2

Przedmiot umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe) – bez względu na przyczynę śmierci, z zastrzeżeniem przewidzianych umową wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa.
Z zastrzeżeniem § 12 ust. 3 i § 13 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, przez okres pierwszych trzech miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka podstawowego (karencja) Towarzystwo ponosi odpowiedzialność na warunkach grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Przedmiotem umowy ubezpieczenia może być również ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia innych wypadków ubezpieczeniowych niż określony w ust. 1 (ryzyka dodatkowe). Postanowienia dotyczące ryzyka dodatkowych zawarte są w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

§ 3

Definicje

Terminom użytym w umowie grupowego ubezpieczenia na życie (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Towarzystwo** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu przy ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań;
- 2) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej będąca stroną umowy ubezpieczenia;
- 3) **Ubezpieczony** – osoba, która przystąpiła do ubezpieczenia jako osoba, na rzecz której umowa ubezpieczenia jest zawierana;
- 4) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, której życie bądź zdrowie jest przedmiotem ochrony w ramach umowy ubezpieczenia;
- 5) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 6) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia;
- 7) **Przystępujący** – osoba przystępująca do ubezpieczenia na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym;
- 8) **Wiek wstępu** – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;

- 9) **Umowa ubezpieczenia bądź umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego oraz – w przypadku objęcia ochroną ryzyk dodatkowych – na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, a także – o ile strony tak uzgodniły – postanowień szczególnych zawartych w polisie ubezpieczeniowej;
- 10) **Umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego** – umowa ubezpieczenia na życie indywidualnie kontynuowana zawarta w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, a także – o ile strony tak uzgodniły – postanowień szczególnych zawartych w polisie ubezpieczeniowej;
- 11) **Ogólne warunki ubezpieczenia** – wszystkie ogólne warunki ubezpieczenia, mające zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia – zarówno ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, jak i ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego;
- 12) **Ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 13) **Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – ogólne warunki zawierające postanowienia dotyczące ryzyk dodatkowych oraz inne postanowienia, nie ujęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego;
- 14) **Ogólne warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego** – ogólne warunki, na podstawie których Ubezpieczony po wygaśnięciu w stosunku do niego ochrony ubezpieczeniowej z umowy ubezpieczenia ma możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia;
- 15) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej;
- 16) **Okres składkowy** – okres ubezpieczenia, którego dotyczy opłacona składka. Długość okresów składkowych zależy od częstotliwości opłacania składki;
- 17) **Karencja** – okres, w którym następuje odroczenie początku udzielania w odniesieniu do danego Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej bądź ograniczenie tej ochrony;
- 18) **Ryzyko podstawowe** – ponoszone przez Towarzystwo ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, bez względu na przyczynę śmierci;
- 19) **Ryzyko dodatkowe** – ponoszone przez Towarzystwo ryzyko zajścia innych wypadków ubezpieczeniowych niż wypadek w ryzyku podstawowym. Przez ryzyko dodatkowe rozumie się również ponoszone przez Towarzystwo ryzyko zajścia wypadków ubezpieczeniowych w postaci śmierci Ubezpieczonego na skutek określonych, nazwanych w umowie przyczyn;
- 20) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wypadku ubezpieczeniowego. Przez nieszczęśliwy wypadek nie rozumie się zawału serca lub udaru mózgu;
- 21) **Uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 22) **Zawał serca** – martwica fragmentu tkanki mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 22) **Udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 23) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zatrudnia pracowników;
- 24) **Pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą, osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, bądź innej podobnej umowy, osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, a także osoba będąca członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej, będącej Ubezpieczającym.

ROZDZIAŁ II

Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy Towarzystwem, a Ubezpieczającym, który zawiera umowę ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonych.
2. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest przekazanie przez Ubezpieczającego pierwszej składki oraz dostarczenie Towarzystwu wszystkich informacji oraz

dokumentów, których zażądało Towarzystwo, w szczególności:

- 1) wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia osób, które mają zostać objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia,
 - 3) wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia przy zawieraniu umowy.
3. Towarzystwo przed zawarciem umowy ubezpieczenia przekazuje Ubezpieczającemu ogólne warunki ubezpieczenia, w oparciu o które zawierana będzie umowa ubezpieczenia oraz obowiązujące formularze, związane z umową ubezpieczenia.
 4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej, chyba że strony umowy postanowiły inaczej. Wystawienie i doręczenie nowej polisy ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 2 lub § 18 ust. 2 nie oznacza jednak zawarcia nowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

Czas trwania umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku i ulega przedłużeniu na dalsze roczne okresy ubezpieczenia, jeżeli co najmniej na miesiąc przed upływem roku żądna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu. Postanowienie to stosuje się odpowiednio w stosunku do każdego kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia.
2. W polisie ubezpieczeniowej określa się wyłącznie początek okresu ubezpieczenia Towarzystwa. Dokonane zgodnie z ust. 1 przedłużenie okresu ubezpieczenia nie wymaga wystawienia nowej polisy ubezpieczeniowej. Nowa polisa ubezpieczeniowa wystawiana jest wyłącznie w razie zmiany warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku wystawienia nowej polisy ubezpieczeniowej jako początek okresu ubezpieczenia wpisuje się dzień, od którego obowiązują nowe warunki umowy ubezpieczenia.
3. Co najmniej na miesiąc przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia każda ze stron może zaproponować drugiej stronie przedłużenie umowy ubezpieczenia w oparciu o nowe warunki umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli w okresie 14 dni od doręczenia, Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o akceptacji propozycji nowych warunków umowy, przyjmuje się, że Ubezpieczający propozycję odrzucił, z zastrzeżeniem woli kontynuowania umowy na niezmiennych warunkach.

§ 6

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w wyniku:
 - 1) bezskutecznego upływu terminu prolongaty opłacania składki oraz zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w § 19 – z ostatnim dniem, za który przypadła zapłacona składka,
 - 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia – z datą odstąpienia,
 - 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z momentem upływu okresu wypowiedzenia,
 - 4) upływu okresu na jaki została zawarta, chyba że zostanie przedłużona na kolejny roczny okres ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia okresu na jaki została zawarta.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu także z upływem miesiąca, na koniec którego ogólna liczba Ubezpieczonych spadła poniżej pięciu osób.

§ 7

Odstąpienie

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30-u dni, a jeżeli jest przedsiębiorcą, w terminie 7-u dni od dnia jej zawarcia.
2. W przypadku odstąpienia od umowy Ubezpieczający nie jest zobowiązany do opłacania składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego okresu, którego początek przypada na pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. Złożenie wypowiedzenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacania składki za ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo w okresie wypowiedzenia.

ROZDZIAŁ III

Przystąpienie do ubezpieczenia

§ 9

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia

1. Z zastrzeżeniem § 10 do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba, którą Ubezpieczający zgłosi Towarzystwu jako osobę, która ma zostać objęta ubezpieczeniem, przekazując Towarzystwu wypełnioną przez tę osobę deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Nie jest możliwe złożenie przez osobę przystępującą do ubezpieczenia

- deklaracji przystąpienia bezpośrednio do Towarzystwa.
- Jeżeli deklaracja przystąpienia zostanie złożona w terminie późniejszym niż dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego zostanie udzielona z początkiem kolejnego okresu składkowego – zgodnie z częstotliwością opłacania składki.

§ 10

Wiek przystąpienia

Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, których wiek wstępu w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej będzie nie niższy niż 16 lat i nie wyższy niż 65 lat.

§ 11

Tryb przystąpienia do ubezpieczenia

- Przystępujący składa na piśmie, w formie deklaracji przystąpienia, oświadczenie o wyrażeniu woli objęcia ochroną ubezpieczeniową. Deklaracje przystąpienia są przekazywane Towarzystwu za pośrednictwem Ubezpieczającego. Za datę, w której Przystępujący przystąpił do ubezpieczenia uważa się dzień wskazany w indywidualnym potwierdzeniu przystąpienia (początek ochrony ubezpieczeniowej).
- Warunkiem udzielenia ochrony w odniesieniu do danego Ubezpieczonego jest wyrażenie przez Towarzystwo zgody na przystąpienie danej osoby do ubezpieczenia. Zgoda ta wyrażana jest poprzez wystawienie indywidualnego potwierdzenia przystąpienia.
- Towarzystwo może uzależnić przystąpienie do ubezpieczenia od przedstawienia przez Przystępującego dodatkowych dokumentów, w tym od złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub od poddania się na koszt Towarzystwa badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo może odmówić objęcia Przystępującego ochroną ubezpieczeniową bez podawania przyczyn odmowy.
- Towarzystwo jest zobowiązane na wniosek Przystępującego udostępnić mu wyniki badań lekarskich, którym został poddany. Udostępnienie wyników badań następuje na wniosek Przystępującego również w przypadku, gdy Przystępujący zrezygnował z przystąpienia do ubezpieczenia bądź Towarzystwo odmówiło objęcia Przystępującego ochroną ubezpieczeniową. Jednakże w przypadku, gdy Przystępujący zrezygnował z przystąpienia do ubezpieczenia, Towarzystwo udostępni Przystępującemu wyniki badań tylko pod warunkiem, że Przystępujący pokryje ich koszt.

§ 12

Przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia w Towarzystwie

- Ubezpieczony ma prawo do przenoszenia się pomiędzy umowami ubezpieczenia zawartymi pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym. Przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia jest skuteczne od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, do której Ubezpieczony się przenosi lub od pierwszego dnia nowego rocznego okresu ubezpieczenia liczonego dla tej umowy.
- Przeniesienie pomiędzy umowami ubezpieczenia odbywa się poprzez złożenie przez Ubezpieczonego, za pośrednictwem Ubezpieczającego, nowej deklaracji przystąpienia, w oparciu o którą Towarzystwo wystawia dla Ubezpieczonego nowe indywidualne potwierdzenie przystąpienia. Złożenie przez Ubezpieczonego nowej deklaracji przystąpienia jest równoznaczne z wystąpieniem Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony się przenosi – z upływem ostatniego dnia przypadającego przed terminem, o którym mowa w ust. 1.
- W przypadku, gdy przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia, powoduje wzrost odpowiedzialności gwarancyjnej Towarzystwa – bądź to w wymiarze ryzyk objętych ubezpieczeniem, bądź to w wymiarze wysokości sumy ubezpieczenia – Towarzystwo stosuje karencję przewidzianą niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia podstawowego, jak i odpowiednimi ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych, włączonych do umowy ubezpieczenia. Z zastrzeżeniem ust. 4, karencje, o których mowa stosuje się tylko do tej części zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia, która nie była objęta odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu na podstawie umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony przenosi się.
- Do wymaganych w nowej umowie ubezpieczenia okresów karencji wlicza się okres ubezpieczenia, przez który Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony przenosi się.

§ 13

Wyłączenie karencji

- W odniesieniu do Ubezpieczających będących Pracodawcami oraz Ubezpieczonych będących ich Pracownikami postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania pod warunkiem, że Przystępujący złoży Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem trzech miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia wyznaczonego dla grupy zgłoszonej do ubezpieczenia przy zawieraniu umowy, zgodnie z § 21 ust. 1.

- Wyłączenie karencji, o którym mowa w ustępie poprzednim stosuje się odpowiednio, gdy złożenie deklaracji przystąpienia nastąpiło w ciągu 3 miesięcy od zatrudnienia przez Ubezpieczającego danego Pracownika. Dotyczy to także sytuacji, gdy złożenie deklaracji przystąpienia nastąpiło w ciągu 3 miesięcy od powrotu przez Ubezpieczonego do pracy u Ubezpieczającego po okresie:
 - odbywania zasadniczej służby wojskowej,
 - przebywania na urlopie wychowawczym,
 - przebywania na urlopie bezpłatnym.W takim przypadku warunkiem zwolnienia z karencji jest to, aby początek okresu, o którym mowa w pkt. 1-3 przypadął przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- W odniesieniu do Ubezpieczających nie będących Pracodawcami oraz Ubezpieczonych nie będących ich Pracownikami, gdy Ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie, w innym niż Towarzystwo zakładzie ubezpieczeń i z umowy takiej wystąpił, w odniesieniu do ryzyk objętych uprzednio ochroną nie mają zastosowania postanowienia dotyczące karencji. Oznacza to, że w okresie karencji przewidzianym przez Towarzystwo ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana będzie z zachowaniem poprzednich warunków ubezpieczenia i okresów karencji, z zastrzeżeniem przyjętej dla niniejszej umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia jako górnej granicy odpowiedzialności Towarzystwa. Prawo do ubiegania się o wyłączenie karencji, o którym mowa w niniejszym ustępie przysługuje tym Ubezpieczonym, którzy spełnią łącznie następujące warunki:
 - udokumentują nieprzerwany okres ubezpieczenia oraz zakres i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w innym niż Towarzystwo zakładzie ubezpieczeń,
 - których wiek wstępu do ubezpieczenia nie przekracza 50-ciu lat w dacie początku ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo,
 - złożą dodatkowe oświadczenie o stanie zdrowia – według formularza dostarczonego przez Towarzystwo – jako dokument uzupełniający do deklaracji przystąpienia.Wyłączenie karencji w stosunku do danej osoby przystępującej do ubezpieczenia następuje po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo.

§ 14

Jednolitość ryzyka ubezpieczeniowego

- Suma ubezpieczenia i składka ubezpieczeniowa ustalana jest w sposób jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
- W ramach tej samej grupy warunki ochrony ubezpieczeniowej są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych.

ROZDZIAŁ IV

Składka ubezpieczeniowa

§ 15

Opłacanie składki ubezpieczeniowej

- Z tytułu udzielenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do regularnego opłacania składki ubezpieczeniowej. Przez opłacanie składki należy rozumieć naliczanie, pobieranie i odprowadzanie składki na podany w polisie ubezpieczeniowej numer rachunku bankowego Towarzystwa.
- Składkę uważa się za zapłaconą w dniu przyjęcia przez pocztę albo bank zlecenia jej zapłaty, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajduje się odpowiednia ilość środków.
- Składki nie uważa się za zapłaconą w przypadku zapłacenia przez Ubezpieczającego składki w kwocie niższej niż określona zgodnie z § 17 ust. 3.

§ 16

Finansowanie składki ubezpieczeniowej

Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej spoczywa na Ubezpieczającym. Składka finansowana jest przez Ubezpieczonego. Składka lub jej część może być również finansowana przez Ubezpieczającego. Towarzystwo nie może skierować roszczenia o zapłatę składki bezpośrednio do Ubezpieczonego.

§ 17

Wysokość składki ubezpieczeniowej

- Składka ubezpieczeniowa wliczana jest na podstawie wieku, płci, stanu zdrowia oraz wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, a także liczebności danej grupy oraz ustalonej w tej grupie wysokości sumy ubezpieczenia.
- Wysokość składki określona jest w ujęciu jednostkowym na każdego Ubezpieczonego z wyszczególnieniem wysokości składki przypadającej na ryzyko podstawowe oraz na poszczególne ryzyka dodatkowe; wysokości składek podane są w polisie ubezpieczeniowej.
- Kwota składki, do zapłacenia której zobowiązany jest Ubezpieczający określana jest jako iloczyn ilości osób Ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa, oraz wysokości składki ubezpieczeniowej przypadającej na jednego Ubezpieczonego.

§ 18

Dzień wymagalności

- Kwota pieniężna stanowiąca równowartość pierwszej składki ubezpieczeniowej powinna zostać zapłacona niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia. Kwota pieniężna wpłacana przez Ubezpieczającego jest zaliczana na poczet pierwszej składki.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia każdej następnej składki zgodnie z częstotliwością jej opłacania, określoną w polisie ubezpieczeniowej. Składka może być – zgodnie z wyborem Ubezpieczającego – opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie bądź rocznie. Przed przedłużeniem umowy na kolejny roczny okres ochrony, Ubezpieczający może, za zgodą Towarzystwa, zmienić częstotliwość opłacania składki. Zgoda Towarzystwa na zmianę częstotliwości opłacania składki skutkuje koniecznością wystawienia nowej polisy ubezpieczeniowej.
- Dzień wymagalności składki jest określony w polisie ubezpieczeniowej.

§ 19

Niezapłacenie składki w dniu wymagalności

- W przypadku niezapłacenia składki w dniu wymagalności, Ubezpieczający otrzymuje dodatkowy miesięczny termin na zapłatę zaległej składki (prolongata opłacenia składki). W trakcie trwania prolongaty opłacenia składki Towarzystwo będzie udzielać ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku nieopłacenia zaległej składki w okresie prolongaty ochrona ubezpieczeniowa, z ostatnim dniem prolongaty opłacenia składki, zostaje zawieszona na okres dwóch miesięcy. W przypadku zapłacenia przez Ubezpieczającego w okresie zawieszenia ochrony wszystkich zaległych składek, ochrona ubezpieczeniowa zostaje wznowiona od dnia następnego po dniu zapłaty zaległych składek.
- Bezskuteczny upływ terminu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 2, powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia. Towarzystwo zachowuje roszczenie o zapłatę składki za okres, w którym została ochrona ubezpieczeniowej, a za który składka nie została opłacona.
- Postanowienia ust. 1 do 3. nie mają zastosowania do zapłaty pierwszej składki. Konsekwencje nieopłacenia w terminie pierwszej składki zostały określone w ust. 5 i 6.
- W razie nieopłacenia pierwszej składki w terminie określonym w polisie ubezpieczeniowej, bądź w terminie określonym w § 18 ust.1, jeśli termin zapłaty składki przypada przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, chyba że Towarzystwo na pisemny wniosek Ubezpieczającego wyrazi zgodę na zapłatę składki w terminie późniejszym.
- W razie nieopłacenia pierwszej składki w terminie określonym w polisie ubezpieczeniowej, bądź w terminie określonym w § 18 ust.1, jeśli termin zapłaty składki przypada po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym jednocześnie Ubezpieczającego, i żądać zapłaty składki za okres, w którym ponosiło odpowiedzialność.

§ 20

Zwrot składki

- W przypadku nie dojęcia umowy ubezpieczenia do skutku Towarzystwo zwróci kwotę pieniężną wpłaconą na poczet pierwszej składki. W przypadku, gdy umowa nie dojdzie do skutku z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego, Towarzystwo potrąci ze zwracanej składki poniesione przez siebie koszty administracyjne związane z umową ubezpieczenia, która miała dojść do skutku, w wysokości 15% składki podlegającej zwrotowi.
- Towarzystwo zwróci także odpowiednią część kwoty, o której mowa w ust. 1 w przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową niektórych z osób przystępujących do ubezpieczenia.
- W razie rozwiązania umowy przed końcem okresu odpowiedzialności, na który przypadają opłacona przez Ubezpieczającego składka, Towarzystwo zwróci część opłaconej składki – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem, że każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako pełny.

ROZDZIAŁ V

Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

§ 21

Początek ochrony ubezpieczeniowej

- W stosunku do Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie ubezpieczeniowej.
- W stosunku do Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, następującego po okresie, w którym Ubezpieczony złożył deklarację przystąpienia, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zaplaceniu przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za wszystkie osoby, które mają zostać objęte ochroną ubezpieczeniową. Indywidualne potwierdzenie przystąpienia wskazuje początek ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu.

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

- Jeśli Ubezpieczający jest Pracodawcą, a Ubezpieczony jest jego Pracownikiem, na wniosek Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa może zostać zawieszona w stosunku do danego Ubezpieczonego na okres:
 - odbywania zasadniczej służby wojskowej,
 - przebywania na urlopie wychowawczym,
 - przebywania na urlopie bezpłatnym.
- W przypadku zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazując Towarzystwu listę, o której mowa w § 24 pkt 2, zaznacza na tej liście fakt zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego.
- Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z początkiem okresu składkowego następującego po przekazaniu przez Ubezpieczającego listy, o której mowa w § 24 pkt 2 i kończy się z ostatnim dniem okresu składkowego, w którym nastąpił powrót Ubezpieczonego do pracy w związku z końcem okresu, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1, 2 lub 3.
- Ubezpieczający nie opłaca składki za Ubezpieczonych, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa uległa zawieszeniu.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa także:
 - w dniu, w którym doszło do Ubezpieczonego oświadczenie Towarzystwa złożone na skutek okoliczności, o których mowa w § 25. ust. 3,
 - w ostatnim dniu okresu składkowego, w którym Ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia,
 - w ostatnim dniu okresu składkowego, za który została opłacona składka za danego Ubezpieczonego,
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego.
- Jeżeli nie umówiono się inaczej ochrona ubezpieczeniowa, oprócz przypadków wskazanych w ust. 1 i 2, wygasa także w ostatnim dniu okresu składkowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat. W takim przypadku Ubezpieczonym będącym Pracownikami Ubezpieczającego przysługują prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego na warunkach określonych w rozdziale IX niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
- W odniesieniu do ryzyk dodatkowych ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego może wygasnąć również w innych przypadkach, określonych w odpowiednich ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
- Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia z zachowaniem trzymiesięcznego terminu, którego początek przypada na pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o rezygnacji przez Ubezpieczającego z ochrony ubezpieczeniowej; z dniem upływu powyższego terminu Ubezpieczony występuje z ubezpieczenia. Postanowienia § 20. ust. 3 mają odpowiednie zastosowanie.

ROZDZIAŁ VI**Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego****Obowiązki Ubezpieczającego związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia**

- Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczającym spoczywają również następujące obowiązki związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia:
- terminowe przekazywanie składek na konto Towarzystwa,
 - sporządzenie i przekazywanie do Towarzystwa, przed początkiem każdego okresu składkowego, listy obejmującej Ubezpieczonych objętych ochroną, pod rygorem odmowy wypłaty przez Towarzystwo świadczenia osobie, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie była ujęta na tej liście,
 - sporządzenie listy osób przystępujących do ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia oraz niezwłoczne przesłanie jej wraz z deklaracjami przystąpienia do siedziby Towarzystwa,
 - zbieranie i przesyłanie do Towarzystwa deklaracji przystąpienia składanych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia po jej zawarciu; deklarację przystąpienia uważa się za złożoną Towarzystwu dopiero w chwili przekazania przez Ubezpieczającego danej deklaracji Towarzystwu,
 - przekazywanie Ubezpieczonym w sposób zrozumiały i dostępny dla Ubezpieczonych informacji o zawartej umowie ubezpieczenia – a w szczególności:
 - informacji o wysokościach świadczeń przysługujących Ubezpieczonym z umowy ubezpieczenia,
 - informacji o wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - informacji o zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - informacji o procedurze postępowania w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - informacji o zmianie warunków umowy bądź prawa właściwego – w przypadku wprowadzenia tego rodzaju zmiany,
 - informacji o każdej zmianie w zakresie sum ubezpieczenia;

- udostępnianie Ubezpieczonym ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informowanie o warunkach odbiegających od ogólnych warunków ubezpieczenia, na których została zawarta umowa ubezpieczenia,
- przekazywanie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Towarzystwa; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego, jednakże nie później niż w okresie trzech dni roboczych od dnia przekazania jej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo,
- przekazywanie Towarzystwu oświadczeń składanych przez Ubezpieczonych oraz związanej z umową ubezpieczenia korespondencji Ubezpieczonych do Towarzystwa; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Towarzystwu dopiero z dniem ich otrzymania przez Towarzystwo.

Obowiązki informacyjne Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Towarzystwa, wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało przed zawarciem umowy we wniosku ubezpieczeniowym i innych pismach.
- W razie zaniedbania obowiązków, o których mowa w ust. 1, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.
- Przed upływem trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo uprawnione będzie do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w stosunku do Ubezpieczonego, który podał niezgodne z prawdą okoliczności mające istotny wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ VII**Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej****Zakres ochrony ubezpieczeniowej**

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w dwóch wariantach:
 - wariantie podstawowym
 - wariantie rozszerzonym
- W umowie ubezpieczenia w wariantie podstawowym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe). Odpowiedzialność Towarzystwa zachodzi bez względu na przyczynę śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem przewidzianych w umowie ubezpieczenia wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa.
- W umowie ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym Towarzystwo udziela ochrony w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe) oraz w przypadku zajścia innych objętych umową ubezpieczenia wypadków ubezpieczeniowych (ryzyka dodatkowe).
- Ryzyka dodatkowe, które mogą zostać objęte odpowiedzialnością Towarzystwa zostały określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
- Do umowy ubezpieczenia – w zależności od tego jakie ryzyka dodatkowe są obejmowane odpowiedzialnością Towarzystwa – może mieć zastosowanie więcej niż jeden rodzaj ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Każde z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego mogą określać kilka rodzajów ryzyk dodatkowych. Umową ubezpieczenia mogą zostać objęte zarówno wszystkie, jak i tylko niektóre z ryzyk dodatkowych określonych w danych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

**Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej
Dobro chronione**

- W odniesieniu do ryzyka podstawowego przedmiotem udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jest życie Ubezpieczonego.
- Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyk dodatkowych określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

- W odniesieniu do ryzyka podstawowego Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - w wyniku samooukaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stopnia początności,
 - w wyniku bądź w związku z leczeniem oraz zabiegami medycznymi, jeżeli były wykonywane przez osoby nieuprawnione,
 - w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną,
 - w wyniku działań zbrojnych, aktów terroru, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy,
 - w związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub usiłowaniem popełnienia takiego przestępstwa,

- 7) w związku z zatruciem alkoholem, zażyciem narkotyków lub innych środków farmakologicznych, nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza.

2. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w ochronie ubezpieczeniowej udzielanej w związku z ryzykami dodatkowymi określają ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych.

ROZDZIAŁ VIII**Suma ubezpieczenia.
Ustalenie i wypłata świadczenia
ubezpieczeniowego****Suma ubezpieczenia**

- W odniesieniu do każdego z ryzyk, w zakresie których udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa, ustala się odrębną sumę ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określana jest w polisie ubezpieczeniowej.
- Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego nie stanowią inaczej suma ubezpieczenia nie ulega umniejszeniu o świadczenia wypłacone z danego ryzyka.
- W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z ubezpieczenia oraz ponownego przystąpienia do ubezpieczenia kształtowanego w ramach tej samej umowy ubezpieczenia bądź innej umowy ubezpieczenia, której stroną jest ten sam Ubezpieczający, w odniesieniu do ryzyk, w których suma ubezpieczenia ulega umniejszeniu o wypłacone świadczenia, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do tego Ubezpieczonego udzielana jest na sumy ubezpieczenia umniejszone o świadczenia wypłacone na podstawie poprzedniej umowy ubezpieczenia.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W odniesieniu do ryzyka podstawowego, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w postaci sumy ubezpieczenia, w wysokości określonej w polisie ubezpieczeniowej.
- Wysokość i przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego w odniesieniu do ryzyk dodatkowych określone zostały w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej.

Kumulacja świadczeń

Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego nie stanowią inaczej, świadczenia wypłacane z różnych ryzyk objętych ochroną w ramach umowy ubezpieczenia kumulują się.

Zawiadomienie

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest powiadomić Towarzystwo o zajściu wypadku ubezpieczeniowego oraz podać przyczynę jego zajścia niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 90-u dni od dnia otrzymania wiadomości o okoliczności jego zajścia. W przypadku, gdy naruszenie tego obowiązku miało wpływ na brak możliwości ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia. Jednak w każdym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane wypłacić tę część świadczenia, która należy się bezspornie Uprawnionemu.
- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest także do niezwłocznego zgłoszenia na piśmie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego (wniosek o wypłatę świadczenia).
- Podstawą do wypłaty świadczenia z ryzyka podstawowego jest złożenie przez Uprawnionego:
 - wniosku o wypłatę świadczenia,
 - aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu,
 - karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci,
 - kopii dowodu tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego,
 - innych dokumentów żądanych przez Towarzystwo.
- Dokumenty stanowiące podstawę do wypłaty świadczenia z ryzyk dodatkowych zostały określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego (chyba że osoby te same składają zawiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym) oraz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także poinformuje osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia – jeśli dokumenty takie są niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

6. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia.
7. Uposażony lub inna osoba uprawniona na żądanie Towarzystwa powinna wykazać swoje uprawnienia do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego oraz udzielić Towarzystwu wszelkich wyjaśnień.

§ 34

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Towarzystwo obowiązane jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30-u dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14-u dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Bessporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci jednak w terminie 30-u dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.

§ 35

Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia

1. W odniesieniu do wypadków ubezpieczeniowych polegających na śmierci Ubezpieczonego, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Uposażony lub osoby, o których mowa w § 41. Jednakże ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego w odniesieniu do określonych ryzyk dodatkowych, mogą przewidywać inne zasady dotyczące ustalania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. W odniesieniu do pozostałych wypadków ubezpieczeniowych, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony nabędzie prawo do świadczenia, a następnie umrze, prawo do świadczenia, którego Ubezpieczony na skutek swojej śmierci nie zdążył otrzymać, podlega dziedzicznemu na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.

§ 36

Uposażony Główny

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jedną lub więcej osób uprawnionych do świadczenia ubezpieczeniowego (Uposażony Główny).
2. Jeżeli Uposażony Główny nie dożyje dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, udział, który by mu przypadł, przypada pozostałym Uposażonym Głównym w wysokości odpowiadającej wysokości ich udziałów.

§ 37

Uposażony Zastępczy

Ubezpieczony, na wypadek gdyby nikt z Uposażonych Głównych nie dożył dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, może wskazać imiennie jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego (Uposażony Zastępczy); postanowienia § 36 ust. 2 mają odpowiednie zastosowanie.

§ 38

Wysokość udziałów

1. Udział Uposażonego określony jest jako procent kwoty świadczenia ubezpieczeniowego. Jeżeli łączna wysokość udziałów określona przez Ubezpieczonego jest mniejsza lub większa niż 100%, wysokość udziałów Uposażonych w kwocie świadczenia ubezpieczeniowego określana jest na zasadzie proporcji.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie oznaczył ich udziałów albo oznaczył udziały tylko niektórych z Uposażonych, uważa się, że ich udziały w całości albo w nieoznaczonej części świadczenia ubezpieczeniowego są równe.

§ 39

Wskazanie Uposażonego

1. W trakcie zawierania umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania Ubezpieczony może Uposażonego wskazać, zmienić lub odwołać; wskazanie, zmiana lub odwołanie dokonywane jest na piśmie, z podaniem danych identyfikacyjnych Ubezpieczonego, numeru polisy, numeru indywidualnego potwierdzenia oraz informacji o dokonywanych zmianach.
2. Ubezpieczony nie może wskazać Ubezpieczającego jako swojego Uposażonego, chyba że należy on do najbliższej rodziny. Przez najbliższą rodzinę należy rozumieć małżonka, dzieci, rodziców oraz wnuki Ubezpieczonego a także osobę, która pozostawała faktycznie we wspólnym pożyciu z Ubezpieczonym.

§ 40

Wykluczenie

Uposażony (jak i osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek braku Uposażonego), który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traktowany jest tak, jakby nie dożył dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; postanowienia § 36 ust. 2 mają odpowiednie zastosowanie.

§ 41

Brak Uposażonego Osoby uprawnione

1. Jeżeli w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie ma Uposażonych Głównych ani Uposażonych Zastępczych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach takich, w jakich osoby te dziedziczyłyby po Ubezpieczonym według zasad dotyczących dziedziczenia ustawowego, nawet jeśli Ubezpieczony pozostawił testament.
2. Towarzystwo samodzielnie określa na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia krąg osób Uprawionych oraz udział jaki przypada każdej z tych osób w wypłacanym świadczeniu. Do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia nie jest konieczne przedstawienie prawomocnego orzeczenia sądowego kończącego postępowanie spadkowe.

§ 42

Podstawa odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

Towarzystwo odmawiając wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego podaje podstawę prawną i faktyczną odmowy wypłaty.

§ 43

Kulacja

Towarzystwo może dobrowolnie, w całości albo w części, wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe, jeżeli obowiązek taki nie wynika z umowy ubezpieczenia, a przemaszają za tym zasada współzycia społecznego, zasada słuszności lub zasada uczciwego obrotu.

ROZDZIAŁ IX

Kontynuacja umowy ubezpieczenia

§ 44

Indywidualne kontynuowanie umowy ubezpieczenia

1. W sytuacji, o której mowa w § 23 ust. 1, ust. 2 pkt. 3 oraz ust. 3, Ubezpieczonemu, który jest Pracownikiem Ubezpieczającego, przysługuje prawo do indywidualnego kontynuowania umowy grupowego ubezpieczenia na życie (indywidualna kontynuacja).
2. Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje, o ile Ubezpieczony będący Pracownikiem Ubezpieczającego był objęty ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo, nieprzerwanie przez okres przynajmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających wystąpienie okoliczności uprawniającej go do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
3. Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje, jeśli Ubezpieczony będący Pracownikiem Ubezpieczającego osobiście albo za pośrednictwem Ubezpieczającego złoży deklarację przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia:
- rozwiązania umowy ubezpieczenia – w przypadku, o którym mowa w § 23. ust. 1,
 - ukończenia 70-go roku życia – w przypadku, o którym mowa w § 23. ust. 3,
 - wygaśnięcia w stosunku do niego ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku, o którym mowa w § 23. ust. 2 pkt. 3.
4. Jeśli deklaracja przystąpienia zostanie złożona później niż w terminie miesiąca od dnia, o którym mowa w ust. 3 pkt. a do c, Towarzystwo może uzależnić przystąpienie do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego od przedstawienia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów, w tym od złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub od poddania się na koszt Towarzystwa badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo może odmówić objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego bez podawania przyczyn odmowy. Postanowienia § 11 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

§ 45

Warunki umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego

1. Umowa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego zawierana jest na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy przez wystawienie potwierdzenia indywidualnej kontynuacji.
2. Sumy ubezpieczenia, zakres ryzyk oraz wysokość składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym określa potwierdzenie indywidualnej kontynuacji.
3. Warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, w oparciu o które będzie możliwa indywidualna kontynuacja ubezpieczenia (w tym w szczególności zakres ubezpieczenia oraz składka) określane są przy zawieraniu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. Warunki, o których mowa w ust. 3 mogą zostać określone alternatywnie – w postaci wariantów, których wyboru dokonuje Ubezpieczony przy zawieraniu umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

ROZDZIAŁ X

Postanowienia końcowe

§ 46

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawiony oraz Towarzystwo składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Oświadczenia pod rygorem nieskuteczności powinny zawierać dane osób, w imieniu których są składane oraz numer polisy ubezpieczeniowej.
4. Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na nowym wniosku ubezpieczeniowym. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30-u dni od dnia jego wysłania.

§ 47

Prawo właściwe

Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 48

Właściwość odwoławcza i sądowa

1. Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Towarzystwo.
2. Towarzystwo jest zobowiązane rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. 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, Uposażonego lub innego Uprawionego z umowy ubezpieczenia.

§ 49

Odesłanie

1. W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa – w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólne obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 50

Wjeście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2007 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych po tym dniu.

§ 51

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez zarząd Towarzystwa uchwałą nr 16/2006 z dnia 11 grudnia 2006 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO „TWOJE ŻYCIE”

§ 1

Przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego „Twoje Życie”

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Ubezpieczających na rzecz Ubezpieczonych w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego oraz – w przypadku objęcia ochroną ryzyk dodatkowych nieujętych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego – na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie w przypadku, gdy umową ubezpieczenia objęte są ryzyka dodatkowe, których dotyczą niniejsze ogólne warunki.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zawierają szczególne postanowienia dotyczące wymienionych w nich ryzyk dodatkowych oraz inne postanowienia, nieujęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
5. W razie sprzeczności postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego oraz ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 2

Zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może obejmować następujące ryzyka dodatkowe:
 - 1) ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
 - 3) ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy,
 - 4) ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
2. Umową ubezpieczenia mogą zostać objęte: jedno, kilka lub wszystkie ryzyka wymienione w ust. 1.

§ 3

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyk dodatkowych obejmowanych umową na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Wypadek ubezpieczeniowy

1. W odniesieniu do poszczególnych ryzyk dodatkowych, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność:
 - 1) w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, będącego uczestnikiem ruchu w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a wypadek ten miał związek z ruchem pojazdu w komunikacji lądowej; Przez ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozumie się także wypadek ubezpieczeniowy polegający na śmierci Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a wypadek ten miał związek z ruchem w komunikacji wodnej lub powietrznej;

- 3) w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a wypadek ten nastąpił na terenie zakładu pracy, a także podczas świadczenia przez Ubezpieczonego pracy poza terenem zakładu pracy, podczas podróży służbowej, w drodze z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego bezpośrednio do pracy oraz w drodze z pracy bezpośrednio do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku zawału serca lub w wyniku udaru mózgu.
2. W odniesieniu do ryzyk obejmujących śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku, gdy pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 6 miesięcy.
 3. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku, gdy pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a przyczyną śmierci minęło nie więcej niż 30 dni.

§ 5

Wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Uprawnionemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla danego ryzyka dodatkowego, wymienionego w § 2 ust. 1.

§ 7

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W odniesieniu do ryzyk dodatkowych Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (także komunikacyjnym i na terenie zakładu pracy) oraz zawałem serca lub udarem mózgu, gdy zdarzenia te miały miejsce przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 2) w związku z pozostawaniem przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, w tym leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, jak również w związku z uzależnieniem od wszystkich wyżej wymienionych substancji i środków;
 - 3) podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości oraz w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień,
 - 4) w związku z wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami umysłowymi bądź zaburzeniami psychicznymi,
 - 5) w wyniku wyczerpanego uprawiania przez Ubezpieczonego zarejestrowanego w związku sportowym lub

klubie sportowym wszystkich dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych. Przez wyczerpanie uprawianie sportu rozumie się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych;

- 6) w wyniku hobbystycznego uprawiania: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu. Wyłączenie to ma również zastosowanie do wykonywania wymienionych czynności w związku z pracą zawodową;
 - 7) w wyniku wypadku lotniczego, z wyjątkami wypadku jakimi Ubezpieczony uległ na pokładzie statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych.
2. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy, poza przypadkami wskazanymi w ustępie poprzedzającym, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również za skutki wypadku, który powstał podczas wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
 3. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również za skutki wypadku, który powstał w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza.
 4. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy udział Ubezpieczonego w wypadku był związany z wykonywaniem czynności służbowych.

§ 8

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w odniesieniu do ryzyk, których dotyczą niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego jest złożenie przez Uprawnionego:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci,
 - 4) kopii dowodu tożsamości osoby uprawnionej do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego,
 - 5) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
 - 6) innych dokumentów zażądanych przez Towarzystwo.
2. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub w wyniku udaru mózgu Uprawniony jest zobowiązany złożyć dokumenty wymienione w ust. 1 z wyjątkiem pkt. 5.

§ 9

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2007 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych po tym dniu.

§ 10

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez zarząd Towarzystwa uchwałą nr 16/2006 z dnia 11 grudnia 2006 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO „TWOJE ZDROWIE”

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego „Twoje Zdrowie”

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Ubezpieczających na rzecz Ubezpieczonych, w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego oraz – w przypadku objęcia ochroną ryzyk dodatkowych nieujętych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego – na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie w przypadku, gdy umową ubezpieczenia objęte są ryzyka dodatkowe, których dotyczą niniejsze ogólne warunki.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zawierają szczegółowe postanowienia dotyczące wymienionych w nich ryzyk dodatkowych oraz inne postanowienia, nieujęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego.
4. W sprawach niuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
5. W razie sprzeczności postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego oraz ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 2

Definicje

Terminom użytym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 2) **Udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 3) **Nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 4) **Przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 5) **Przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 6) **Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu;
Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 7) **Zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B, trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
- 8) **Łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania – powodujący trwałą i postępującą ubytek neurologiczny;
- 9) **Leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografia). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 10) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia, na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
- 11) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków, w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 12) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym;
- 13) **Ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewięciąt” lub tabeli Lunda i Browdera;
- 14) **Stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
- 15) **Śpiączka** – trwający nie krócej niż 168 godzin stan całkowitej utraty świadomości z towarzyszącym zniesieniem wszelkich odruchów neurologicznych oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wymagający zastosowania metod podtrzymujących podstawowe funkcje życiowe organizmu; przebieg śpiączki winien być potwierdzony dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie;
- 16) **Pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
- 17) **Anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - d) przeszczep szpiku kostnego;Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 18) **Szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniająca kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym;
W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjum, oddziału dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych;
- 19) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.

§ 3

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może obejmować następujące ryzyka dodatkowe:
 - 1) ryzyko uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego,
 - 2) ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 3) ryzyko przeszczepów i rekonstrukcji,
 - 4) ryzyko operacji chirurgicznej Ubezpieczonego,
 - 5) ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
 - 6) ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
2. Umowy ubezpieczenia mogą zostać objęte: jedno, kilka lub wszystkie ryzyka wymienione w ust. 1.
3. W odniesieniu do ryzyk dodatkowych Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości oraz w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień,
 - 2) w związku z pozostawianiem przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, w tym leków nieprzeznaczonych przez lekarza lub użyciu niezgodnie z zaleceniami lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, jak również w związku z uzależnieniem od wszystkich wyżej wymienionych substancji i środków;
 - 3) w związku z usiłowaniami popelnienia samobójstwa,
 - 4) w związku z zabiegami leczniczymi bądź zaburzeniami, bez względu na to przez kogo były wykonywane,
 - 5) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 6) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
 - 7) w związku z: wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, padaczką, dyskopatią, chorobami umysłowymi bądź zaburzeniami psychicznymi, nosicielstwem wirusa HIV, pełnoobjawowym AIDS,
 - 8) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pociągami – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 9) w wyniku wyczerpanego uprawiania przez Ubezpieczonego zarejestrowanego w związku sportowym lub klubie sportowym wszystkich dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych. Przez wyczerpane uprawianie sportu rozumie się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych;
 - 10) w wyniku hobbystycznego uprawiania: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu. Wyłączenie to ma również zastosowanie do wykonywania wymienionych czynności w związku z pracą zawodową;
 - 11) w wyniku wypadku lotniczego z wyjątkiem wypadku, jakimkolwiek ubezpieczonego uległ na pokładzie statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych,
 - 12) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) w wyniku kataklizmów naturalnych.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne.
5. Szczegółowe postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, w części regulującej odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk dodatkowych, mogą przewidywać dodatkowe wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyk dodatkowych obejmowanych umową ubezpieczenia na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ II

Postanowienia dotyczące ryzyka uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego

§ 5

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność Towarzystwa istnieje wyłącznie w przypadku, gdy rodzaj poniesionego uszczerbku na zdrowiu został wymieniony w załączniku nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego

i powodujący go nieszczęśliwy wypadek zaszedł po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.

- W przypadku objęcia ubezpieczeniem ryzyka uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wariancie pełnym, za wypadek ubezpieczeniowy uważa się również doznanie przez Ubezpieczonego danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu. Postanowienia ust. 1 stosuje się odpowiednio. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
- Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe, o ile Ubezpieczony dozna danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w terminie 6 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, które wywołało uszczerbek na zdrowiu.

§ 6

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia (sumy bazowej dla ryzyka uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego), odpowiadający wyrażonemu w procentach stopniowi doznanego przez Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu. Rodzaje oraz wysokość uszczerbku na zdrowiu określa załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Towarzystwo obejmuje wszystkie rodzaje uszczerbku na zdrowiu doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
- W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
- Łączna wartość świadczeń z ryzyka uszczerbku na zdrowiu wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących uszczerbek i liczbę rodzajów uszczerbków doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego ryzyka dodatkowego.

§ 7

Warianty zakresu ochrony

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariancie:
 - standardowym – obejmującym uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - pełnym – obejmującym uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu.
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej.

§ 8

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli Ubezpieczony dozna uszczerbku na zdrowiu oraz nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, albo uszczerbku nim spowodowanego, w ciągu 6-u miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego następstwem był uszczerbek umrze, Towarzystwo umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe) o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu.
- W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w wariancie pełnym postanowienia ust. 1 mają odpowiednio zastosowanie do zawału serca lub udaru mózgu jako przyczyny doznania uszczerbku na zdrowiu.

§ 9

Ustalenie rodzaju uszczerbku na zdrowiu

- Rodzaj uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-u miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Przy ocenie stopnia doznanego przez Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony doznał wcześniej w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia uszczerbku wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- Rodzaj uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.
- Stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest w procentach, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszczerbku w załączniku nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

Postanowienia dotyczące ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego

§ 10

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego poważnego zachorowania będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo innego czynnika chorobotwórczego.
- Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie poważnego zachorowania nie wcześniej niż po 3 miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, jeśli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek. Jednakże w takim przypadku warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 32 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 2.

§ 11

Warianty zakresu ochrony

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariancie:
 - standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny guz mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - anemia aplastyczna.
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej.

§ 12

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku:
 - powtórного wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - poważnego zachorowania, które pozostaje w związku z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 55 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - w zakresie podstawowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - w zakresie rozszerzonym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

§ 14

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony dozna poważnego zachorowania oraz nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 6-u miesięcy od dnia jego wystąpienia umrze, Towarzystwo umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe) o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

ROZDZIAŁ IV

Postanowienia dotyczące ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji

§ 15

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony poddał określoną część ciała przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabył protezy. Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest, aby przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy było następstwem określonego uszczerbku na zdrowiu, którego Ubezpieczony doznał na skutek choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za te wypadki, które zostały wymienione w załączniku nr 2 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego. Odpowiedzialność Towarzystwa zachodzi zarówno w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu jest bezpośrednią konsekwencją choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku, jak również gdy jest konsekwencją związanego z nimi leczenia.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą nowotworową Ubezpieczonego, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie choroby nowotworowej nie wcześniej niż po 3 miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem jakiego uległ Ubezpieczony, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 32 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 16

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także, gdy przeszczep lub rekonstrukcja:
 - polega na operacji plastyczno-kosmetycznej niezwiązanej z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - polega na operacji stomatologicznej niezwiązanej z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - ma związek z chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą przystąpienia do ubezpieczenia. Wyłączenie to dotyczy także nabycia protezy.
- W odniesieniu do ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji, nie obowiązują wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem, że nie wystąpił błąd lekarski.
- W odniesieniu do ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

§ 17

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia (sumy bazowej dla ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji) – zgodnie z tabelą w załączniku nr 2 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna kilku rodzajów uszczerbków na zdrowiu, których następstwem było poddanie określonych części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi, bądź rekonstrukcji lub nabyciu protez przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Towarzystwo obejmuje wszystkie rodzaje przeszczepów bądź rekonstrukcji, którym

- poddał się Ubezpieczony, jak również wszystkie przypadki nabycia protezy w związku z tym samym zdarzeniem.
- W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
 - Łączną wartością świadczeń z ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę i rodzaj uszczerbków na zdrowiu powodujących przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego ryzyka dodatkowego.

§ 18

Ustalenie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego

- Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego dokonano u Ubezpieczonego przeszczepu lub rekonstrukcji bądź po zakończeniu leczenia oraz nabyciu przez Ubezpieczonego protezy.
- Warunkiem wypłaty świadczenia jest przedstawienie dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub zakup protezy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji tej dokumentacji przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo. W przypadku wątpliwości co do zasadności rozszerzenia o wypłatę świadczenia, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania do lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

ROZDZIAŁ V

Postanowienia dotyczące ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego

§ 19

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku zostanie poddany operacji chirurgicznej.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą Ubezpieczonego, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie choroby nie wcześniej niż po trzech miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem, jakiemu uległ Ubezpieczony, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 32 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Przez operację chirurgiczną należy rozumieć zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.
Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szyćce ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 20

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku operacji:
 - w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - zmiany płci,
 - plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędności lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - która nie odpowiada definicji zawartej w § 19 ust. 5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, zostaje zawieszona na okres jednego roku licząc od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 5, od „operacji najłżejszej” do „operacji najcięższej”. W zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:
 - 1 stopień trudności – 10% bazowej sumy ubezpieczenia,
 - 2 stopień trudności – 25% bazowej sumy ubezpieczenia,
 - 3 stopień trudności – 50% bazowej sumy ubezpieczenia,
 - 4 stopień trudności – 75% bazowej sumy ubezpieczenia,
 - 5 stopień trudności – 100% bazowej sumy ubezpieczenia.
- Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa tabela stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- W przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej nieujętej w tabeli, o której mowa w ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe według ustalonego przez Towarzystwo stopnia trudności wykonania operacji chirurgicznej, który jest najbardziej zbliżony do stopnia trudności operacji chirurgicznej wymienionej w tabeli.
- W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
- Wysokość wypłaconego przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w danym roku udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 200% bazowej sumy ubezpieczenia.

§ 22

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego umrze i śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku tej operacji bądź w następstwie tej samej choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, w następstwie których Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej, Towarzystwo umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci (ryzyko podstawowe) o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poddana się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej.

§ 23

Ustalenie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego

- Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej.
- Stopień trudności operacji ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, w oparciu o zasady ustalone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

ROZDZIAŁ VI

Postanowienia dotyczące ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

§ 24

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, gdy na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczony musi poddać się pobytowi w szpitalu.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą Ubezpieczonego warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie choroby nie wcześniej niż po dwóch miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja), przy czym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nie może nastąpić wcześniej niż po zdiagnozowaniu choroby.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem, jakiemu uległ Ubezpieczony warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie uznany za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pod warunkiem, że pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji

wskazane w § 32 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

- Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 doby, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
- Z zastrzeżeniem ust. 8, za wypadek ubezpieczeniowy nie uważa się pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym i w sanatorium.
- W przypadku objęcia ubezpieczeniem ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wariancie pełnym, za wypadek ubezpieczeniowy uważa się również pobyt Ubezpieczonego w sanatorium lub w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, któremu Ubezpieczony był poddany w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 25

Warianty zakresu ochrony

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu – alternatywnie – w wariancie:
 - standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu,
 - pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM); za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym;
 - ograniczonym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jednakże z ograniczeniem do przypadków, w których pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany jest z zajściem nieszczęśliwego wypadku.
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej.

§ 26

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania przez Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna). Wysokość dietyiennej ustala się oddzielnie dla:
 - pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby.
- W odniesieniu do wypadku ubezpieczeniowego polegającego na pobycie Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium, Towarzystwo wypłaci 25% dietyiennej, o której mowa w ust. 1 pkt. a).
- W przypadku objęcia ubezpieczeniem ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wariancie pełnym, Towarzystwo wypłaci dodatkowo 100% dietyiennej, o której mowa w ust. 1 pkt. a) lub b) (w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu) za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego na OIOM.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 nie może łącznie (dla pobytów spowodowanych zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem) w danym roku udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 90 dni pobytu w szpitalu.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 2 nie może łącznie w danym roku udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 3 nie może łącznie (dla pobytów spowodowanych zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem) w danym roku udzielania przez Towarzystwo Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.

§ 27

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany był z:
 - wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - leczeniem bezpłodności,
 - leczeniem chorób przewlekłych,
 - przeprowadzeniem operacji plastyczno-kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - następstwami klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu w szpitalu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

ROZDZIAŁ VII

Postanowienia dotyczące ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy

§ 28

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpieczonego do dalszego wykonywania pracy zawodowej i innej działalności zawodowej, pod warunkiem, że Ubezpieczony będzie niezdolny do wykonywania pracy zgodnej z doświadczeniem zawodowym i jednocześnie niezdolny do wykonywania pracy zgodnej z posiadanym wykształceniem (niezdolność do pracy).
2. Za trwałą niezdolność do pracy Towarzystwo przyjmuje niezdolność orzeczoną na stałe lub czasowo na okres dłuższy niż 12 miesięcy.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się wystąpienie niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku objęcia ubezpieczeniem ryzyka trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpieczonego zdolności do pracy w wariantach pełnym, za wypadek ubezpieczeniowy uważa się również wystąpienie niezdolności do pracy w następstwie choroby.
5. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do pracy zgodną z definicją ust. 1, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika. Towarzystwo zastrzega sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

§ 29

Warianty zakresu ochrony

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpieczonego zdolności do pracy – alternatywnie – w wariantach:
 - a) standardowym – obejmującym niezdolność do pracy będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - b) pełnym – obejmującym niezdolność do pracy będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpieczonego zdolności do pracy wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej.

§ 30

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
2. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy, zgodnie z definicją przytoczoną w § 28 ust. 1 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 31

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również, jeżeli niezdolność do pracy była wynikiem chorób rozpoznanych bądź nieszczęśliwych wypadków mających miejsce przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wygasa także w dniu nabycia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego przez danego Ubezpieczonego z tytułu realizacji niniejszego ryzyka dodatkowego.

ROZDZIAŁ VIII

Postanowienia wspólne

§ 32

Zniesienie karencji

Postanowienia dotyczące karencji w odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych ryzyk dodatkowych nie mają zastosowania, gdy:

- a) Przystępujący będący Pracownikiem Ubezpieczającego złoży Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem trzech miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia wyznaczonego dla grupy zgłoszonej do ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i udokumentuje, że bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka dodatkowego, którego ma dotyczyć uchylenie karencji, na mocy umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż Towarzystwo zakładem ubezpieczeń i z tego ubezpieczenia wystąpił. Postanowienia § 13 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego stosuje się odpowiednio.

W okresie karencji pierwotnie przewidzianym przez Towarzystwo dla danego ryzyka dodatkowego ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana będzie z zachowaniem poprzednich warunków ubezpieczenia i okresów karencji, z zastrzeżeniem przyjętej dla niniejszej umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia jako górnej granicy odpowiedzialności Towarzystwa;

- b) Przystępujący nie będący Pracownikiem Ubezpieczającego uzyska zgodę Towarzystwa na wyłączenie karencji na warunkach opisanych w § 13 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego;
- c) zachodzi sytuacja opisana w § 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (Przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia w Towarzystwie). W takim przypadku karencje stosuje się zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.

§ 33

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w odniesieniu do ryzyk, których dotyczą niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, jest złożenie przez Ubezpieczonego:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) innych dokumentów żądanych przez Towarzystwo.
2. W przypadku (jakiegokolwiek) wypadku ubezpieczeniowego doznanego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.).
3. W przypadku ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 (a w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – również wymienionych w ust. 2), dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

4. W przypadku ryzyka przeszczepu i rekonstrukcji Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 (a w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – również wymienionych w ust. 2), dokumenty potwierdzające przeprowadzenie przeszczepu, rekonstrukcji bądź zakup protezy.
5. W przypadku ryzyka pobytu w szpitalu oraz ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 (a w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – również wymienionych w ust. 2), kartę informacyjną leczenia szpitalnego.
6. W przypadku ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 (a w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – również wymienionych w ust. 2), orzeczenie organu emerytalno-rentowego o niezdolności do pracy oraz dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę niezdolności do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia historii choroby Ubezpieczonego).
7. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 34

Załączniki

Integralną część niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego stanowią następujące załączniki:

- 1) Załącznik nr 1 – tabela rodzajów oraz określonych procentowo uszczerbków na zdrowiu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 2) Załącznik nr 2 – tabela rodzajów wypadków ubezpieczeniowych w ryzyku przeszczepów i rekonstrukcji, wraz z określeniem procentów sumy ubezpieczenia, stanowiących podstawę naliczania świadczenia ubezpieczeniowego,
- 4) Załącznik nr 3 – tabela rodzajów operacji chirurgicznych wraz z określeniem stopnia trudności.

§ 35

Wjeście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2007 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych po tym dniu.

§ 36

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez zarząd Towarzystwa uchwałą nr 16/2006 z dnia 11 grudnia 2006 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

Tabela rodzajów oraz określonych procentowo uszczerbków na zdrowiu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku

A. USZKODZENIA GŁOWY	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
	prawa	lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru ruchomości i tkiwości blizn itp.	1-10	
b) oskalpowanie:	25	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)- zależnie od rozległości uszkodzeń	5-10	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy poniżej 2,5 cm	7	
b) o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	10-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego się wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczerwcowej leczonej operacyjnie, zakrzepnicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5. Porażenie i niedowład połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg Skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	30
– 1-2°	30-35	20-25
– 3-4°	5-25	5-15
kończyna dolna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	
– 1-2°	30	
– 3-4°	5-20	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	80	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	30	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80	
c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25	
8. Padaczka:		
a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, ośpienia wymagających opieki innej osoby	100	
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70	
c) padaczka bez zmian psychicznych w zależności od częstości napadów	20-40	
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a) ciężkie zaburzenia wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy)	100	
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70	
c) encefalopatie z utrwalonymi skargami subiektywnymi, jak bóle, zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, trudności w skupieniu uwagi, z zaburzeniami pamięci, snu itp.	30	
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem organicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10. Zaburzenia adaptacyjne będące następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń OUN:		
a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo – mózgowym	5-10	
b) ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu	50-80	
11. Zaburzenia mowy:		
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80	
b) afazja całkowita motoryczna	60	
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40	
d) afazja nieznacznego stopnia	20	
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):		
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	60	
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	30	
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		
a) nerwu okoruchowego:		
w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15	
w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30	
b) nerwu błoczkowego	3	
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-15	
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-20	
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzewego – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-20	
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49		
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	10-50	
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15	
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-20	

B. USZKODZENIA TWARZY		
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):		
a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy		1-10
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		10-30
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji		30-60
20. Uszkodzenia nosa:		
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia		1-10
b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania		5-20
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu		10-25
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego		5
e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)		30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę według tej pozycji (tj. według poz. 19).		
21. Utrata zębów:		
a) siekacze i kły – za każdy ząb		1
b) pozostałe zęby począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)		1
22. Utrata części szczęki górnej lub dolnej (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków stanu odżywiania i powikłań		
		15-30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):		
a) górnej		40
b) dolnej		50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:		
a) szczęki		40
b) żuchwy		50
25. Ubytek podniebienia:		
a) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		10-30
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		25-40
26. Ubytki języka:		
a) bez zaburzeń mowy i polykania		3
b) z zaburzeniami mowy i polykania – w zależności od stopnia zaburzeń		5-15
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń		15-40
d) całkowita utrata języka		50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku wzroku oka lewego	Ostrość wzroku oka prawego	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
		(10/10)	(9/10)	(8/10)	(7/10)	(6/10)	(5/10)	(4/10)	(3/10)	(2/10)	(1/10)	-
procent stalego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu												
1,0	(10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9	(9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8	(8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7	(7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6	(6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5	(5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4	(4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3	(3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2	(2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1	(1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	-	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b) utrata wzroku z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej		38
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:		
a) jednego oka		15
b) obojga oczu		30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:		
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka		wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego		jw
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka		jw
d) zanik nerwu wzrokowego		jw
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:		
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)		jw
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)		jw
c) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku		jw
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)		
		jw
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według niżej podanej tabeli:		

zwężenie do	przy nie naruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	45%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33. Polowicze niedowidzenia:					
a) dwuskroniowe	60				
b) dwunosowe	30				
c) jednoimienne	25				
d) jednoimienne górne	10				
e) jednoimienne dolne	40				
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:					
a) w jednym oku	25				
b) w obojgu oczach	40				
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:					
a) w jednym oku	15				
b) w obojgu oczach	30				
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):					
a) w jednym oku	10				
b) w obojgu oczach	15				
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać według tabeli ostrości wzroku poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia poz. 32.					
38. Jaskra – oceniać według tabeli ostrości wzroku (poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 32), z tym że ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu.					
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	50-100				
40. Zaćma urazowa	wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)				
41. Przewlekłe zapalenie spojówek	10				
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU					
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli:					
Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)					
	Ucho prawe	0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
	26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
	41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
	pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.					
43. Urazy małżowiny szyjnej:					
a) utrata części małżowiny	5				
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10				
c) utrata jednej małżowiny	15				
d) utrata obu małżowin	25				
44. Zewnętrzne zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego					
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)				
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	jw				
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:					
a) jednostronne	5				
b) obustronne	10				
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:					
a) jednostronne	5-15				
b) obustronne	10-20				
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)				
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:					
a) z uszkodzeniem części słuchowej	oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)				
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50				
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60				
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:					
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	25-40				
b) dwustronne	60				
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU					
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5-25				
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	10-30				
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:					
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50				
b) z bezgłosem	60				
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia	20-60				
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:					
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30				
b) odżywianie tylko płynami	50				
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80				
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy	5-30				
Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według poz. 89.					
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA					
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości klatki piersiowej	10-30				
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości)	10-25				
58. Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.)					
a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	10				
b) z obecnością zniekształceń i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	15-25				
59. Złamanie mostka ze zniekształceniem	10				
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	20				

61. Uszkodzenia płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) bez niewydolności oddechowej	10
b) z niewydolnością oddechową-w zależności od stopnia	20-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropieniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	40-80
Uwaga: Przy orzekaniu według pozycji 61 i 62 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia	10
b) z objawami względnej wydolności układu krążenia	30
c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania radiologicznego, elektrokardiograficznego i badania ECHO.	
64. Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. USZKODZENIE BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	3-30
Uwaga: 1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	15-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	30-80
b) jelita grubego	20-50
68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71. Utrata śledziony	
a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) bez zaburzeń ich czynności	5-10
b) z zaburzeniami ich czynności w zależności od stopnia	20-60
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 50 lat	40
b) w wieku powyżej 50 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych:	
a) pochwy	10
b) pochwy i macicy	30
I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA (ORZEKAĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ PO 6 MIESIĄCACH)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	10
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące uszkodzenie narządów mięsziowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: 1. Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego. 2. Zatrucie włośnicami nie pozostawia w zasadzie trwałych następstw.	
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni	15
b) całkowite zeszczywnienie	35
c) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym :	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji powyżej 20 stopni lub zginania do 50 cm	15
b) całkowite zeszczywnienie	25
c) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia	40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji	3-10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch łasek	70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	40

d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)		100
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)		70
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)		30
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)		40
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń		10-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
a) szyjne		3-20
b) piersiowe		3-10
c) łędźwiowo-krzyżowe		3-25
d) guziczne		5
K. USZKODZENIA MIEDNICY		
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu		10-35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowo – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)		5-20
b) w odcinku przednim i tylnym (w tym Malgainge'a)		15-45
97. Złamanie dna panewki – w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających:		
a) bez zwicznienia centralnego		10-20
b) ze zwicznieniem centralnym		20-40
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji		5-20
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u osób leworęcznych stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.		
Łopatka		
99. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny		5
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znaczącym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia zaburzeń	10-40	5-30
Uwaga: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
Obojczyk		
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów	5-25	5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	25	20
102. Zwicznienie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwignia i stopnia zniekształcenia	5-25	5-20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o		5
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
Bark		
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji przykurczu	5-30	5-25
105. Zastarzałe nie odprowadzone zwicznienie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106. Nawykowe zwicznienie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25	20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.		
108. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	5-15	5-10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji.	5-35	5-25
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
Ramię		
113. Złamanie kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	3-15	3-10
b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) mięśnia dwugłowego	3-15	3-10
b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	3-20	3-15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia		3
Staw łokciowy		
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej – w zależności od zaburzeń osi i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym:		
a) bez większych przemieszczeń, zniekształceń i ograniczenia ruchomości	3-15	3-10
b) z dużym zniekształceniem i ze znacznym przykurczem	15-30	10-25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
d) w innych ustawieniach – zależnie od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a) przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	5-20	5-15
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego należy oceniać według pozycji 117-119.		

120. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. Ocena się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	5	
Przedramię		
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem	3-15	3-10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	15-25	10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	5-15	3-10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe itp.)	15-35	10-30
124. Staw rzekomy kości promieniowej	30	25
125. Staw rzekomy kości łokciowej	20	15
126. Bark zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia	40	35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	5-15	5-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
Nadgarstek		
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:		
a) ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi zmianami, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o	1-10	1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
L. ŚRÓDRĘCZE I PALCE		
Kciuk		
134. Złamania i zwichnięcia kciuka (pierwszej kości śródręcza i paliczek kciuka) – w zależności od ustawienia, zniekształcenia i stopnia zaburzeń funkcji kciuka:		
a) z przemieszczeniem	5-10	3-8
b) z dużym przemieszczeniem i zniekształceniem	10-20	8-15
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
135. Utraty w obrębie kciuka:		
a) utrata opuszki	5	3
b) utrata paliczka paznokciowego	10	8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15	10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczek bez kości śródręcza	20	15
e) utrata obu paliczek z kością śródręcza	30	25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji	3-10	1-8
b) znaczne ograniczenie funkcji	10-20	8-15
c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	20-30	15-25
Palec wskazujący		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata opuszki	5	3
b) utrata paliczka paznokciowego	7	5
c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	12	10
e) utrata trzech paliczek	17	15
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	23	20
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródręcza (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	3-8	1-5
b) znaczne ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	8-12	5-10
c) bezużyteczność palca granicząca z utratą wskaziciela	17	15
Palec trzeci, czwarty i piąty		
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b) palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	4	3
c) bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. USZKODZENIE KOŃCZYNY DOLNEJ		
Biodro		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	85	
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	5-25	

144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20-35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przekrętarsowych i podkrętarsowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	5-20
b) ze zmianami dużego stopnia	20-40
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. Ocenia się według pozycji 142-145, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o	5-15
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
Udo	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	5-15
b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.	1-20
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	1-10
152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oproteżowania	50-70
Kolano	
154. Zesztywnienie stawu kolanowego:	
a) w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0-15°	30
b) przy większych stopniach zgięcia lub przeproście powyżej -10° (minus 10°) stosuje się ocenę wg pp. a) - zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu za każde 4° odchylenie ponad granicę 15° lub -10° o:	1
155. Trwałe ograniczenia ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości ty/orzających staw kolanowy itd.) – w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 40°-90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c) utrata ruchomości w zakresie 90°-120° za każde 10° ubytku ruchu	1
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. – w zależności od stopnia	1-20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
Podudzie	
158. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm	5-15
b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych i zniekształceń stopy	5-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b) przy dłuższych kikutach	40-55
Stawy skokowe, stopa	
162. Ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranień, ciał obcych, blizn itp.) – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) bez zniekształceń	1-15
b) ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy	15-25
c) powikłane przewlekłym zapaleniem kości stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp.	25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10-20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	5-15
b) znacznego stopnia lub z powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	15-30
165. Utrata kości piętowej lub kostkowej	40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	5-10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	5-15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	3-10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	1-10
169. Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowe i zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności	1-15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40

172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35	
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30	
Palce stopy		
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	5	
175. Utrata całego palucha	7	
176. Utrata wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20	
177. Utrata palców II-V w części lub całości – za każdy palec	2	
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10	
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5	
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5	
N. PORAZENIE LUB NIEWOŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c) nerwu pachwowego	15-25	10-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k) nerwu łokciowego	10-30	5-20
l) splotu karkowego części nadobojczykowej (górnjej)	15-25	10-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o) nerwu zasłonowego	5-15	
p) nerwu udowego	10-30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	
r) nerwu sromowego wspólnego	5-25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	
u) nerwu strzałkowego	10-20	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	
Uwaga: Według pozycji 181 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostrych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182. Kaulalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30	50

Załącznik nr 2

Tabela rodzajów wypadków ubezpieczeniowych (uszczerbków, których następstwem było poddanie określonej części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi, bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez Ubezpieczonego) wraz z podaniem procentu sumy ubezpieczenia należnego tytułem świadczenia

Część ciała, której dotyczy uszczerbek	Wypadek ubezpieczeniowy: przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy	Wysokość świadczenia (% sumy ubezpieczenia)
Głowa i szyja	włosów	2-15 % (w zależności od powierzchni uszkodzonej skóry głowy)
	brwi	2% za jedną brew
	rzęs	2% za jedną powiekę
	galki ocznej	6%
	małżowiny usznej	8%
	nosa	15%
	uzębienia	2% za każdy ząb
	skóry twarzy i szyi	5-75% (w zależności od rozległości)
Klatka piersiowa		
u kobiet	piersi – bez przypadków częściowych amputacji, np.: tzw. „kwadrantectomii”	25%
Brzuch		
u mężczyzn	jądra	20%
Kończyna górna	ramienia powyżej stawu łokciowego	60%
	przedramienia powyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego	45%
	ręki z urazem kości śródreżca powyżej stawów śródreżczo-paliczkowych	40%
	kciuka powyżej lub na wysokości stawu śródreżczo-paliczkowego	20%
	palca wskazującego powyżej lub na wysokości stawu śródreżczo-paliczkowego	15%
	palca III-V powyżej lub na wysokości stawu śródreżczo-paliczkowego	3%
Kończyna dolna	uda powyżej lub na wysokości stawu kolanowego	65%
	podudzia powyżej lub na wysokości stawu skokowego	55%
	stopy powyżej lub na wysokości stawu Choparta	40%
	palucha powyżej lub na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%

Tabela rodzajów operacji chirurgicznych wraz z określeniem stopnia trudności

Rodzaj operacji chirurgicznej	Stopień trudności
I. operacje powłok ciała	
1. przepukliny nabyte	2
2. operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków	1
II. operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej	
1. operacje przełyku	5
2. operacje przepukliny rozworu przełykowego	2
3. resekcja częściowa żołądka	4
4. całkowita resekcja żołądka	5
5. operacje jelit	4
6. operacja wyrostka robaczkowego	1
7. operacje odbytnicy, odbytu bez utworzenia stałego sztucznego odbytu	4
8. operacje odbytnicy, odbytu z utworzeniem stałego sztucznego odbytu	5
9. operacje wątroby	5
10. operacje pęcherzyka żółciowego	2
11. operacje dróg żółciowych	3
12. operacje trzustki	5
13. operacje śledziony	3
III. amputacje	
1. amputacja palców	1
2. amputacja ręki, przedramienia, stopy	3
3. amputacja podudzia, ramienia, uda	4
4. całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	5
5. amputacja prosta sutka lub sutków	3
6. amputacja doszczętna sutka lub sutków z usunięciem zawartości dołu pachowego	5
IV. operacje związane z otwarciem klatki piersiowej	
1. operacje płuca	5
V. operacje narządów zmysłu	
1. operacje oka	
1) urazowe uszkodzenie gałki ocznej	3
2) usunięcie gałki ocznej	3
3) jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki	2
2. operacje ucha	
1) zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	4

3. operacje nosa	
1) wewnątrznosowa operacja zatok	3
2) zewnątrznosowa operacja zatok	4
3) operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	2
VI. operacyjne leczenie kośćca	
1. operacje czaszki:	
2. usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	3
3. otwarcie jamy czaszki	5
4. operacje twarzoczaszki	2
5. operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy	4
6. operacje kończyn	3
VII. operacje układu moczowo-płciowego	
1. operacje nerki	4
2. dróg moczowych	4
3. operacje prostaty	3
4. operacje żeńskich narządów płciowych za wyjątkiem macicy	2
5. operacje macicy	3
6. operacje męskich narządów płciowych	2
VIII. operacje guzów nowotworowych	
1. usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej	3
IX. operacje naczyń układu krwionośnego	
1. operacje tętnic	5
2. operacje żył, żyłaki odbytu	2
X. operacje kardiologiczne	
1. chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)	4
2. wymiana zastawek wskutek wad nabytych	5
3. wszczepienie rozrusznika serca	3
4. wycięcie tętniaka serca	5
XI. operacje neurochirurgiczne	
1. operacje centralnego układu nerwowego (mózg i rdzeń kręgowy)	5
2. operacje obwodowego układu nerwowego	4
XII. operacje tarczycy	
1. wszelkie operacje tarczycy	4
XIII. przeszczepy	
1. przeszczep serca	5
2. przeszczep wątroby	5
3. przeszczep nerki	5
4. przeszczep innych narządów	4

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO „ŻYCIE RODZINY”

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego „Życie Rodziny”

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Ubezpieczających na rzecz Ubezpieczonych, w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego oraz – w przypadku objęcia ochroną ryzyk dodatkowych nieujętych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego – na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie w przypadku, gdy umową ubezpieczenia objęte są ryzyka dodatkowe, których dotyczą niniejsze ogólne warunki.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zawierają szczegółowe postanowienia dotyczące wymienionych w nich ryzyk dodatkowych oraz inne postanowienia, nieujęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego.
4. W sprawach niuregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
5. W razie sprzeczności postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego oraz ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 2

Definicje

Terminom użytym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego nadaje się następujące znaczenia:

- 1) Małżonek Ubezpieczonego – osoba, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 2) Małżonek Rodzica Ubezpieczonego – osoba, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego pozostawała z Rodzicem Ubezpieczonego w związku małżeńskim;
- 3) Dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia lub nie ukończyło 26 roku życia, jeżeli pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej, z zastrzeżeniem § 5 pkt 5, 6 i 7;
- 4) Rodzic Ubezpieczonego – naturalny ojciec lub naturalna matka albo osoba, która dokonała przysposobienia Ubezpieczonego;
- 5) Rodzic Małżonka Ubezpieczonego (Teść/ Teściowa) – naturalny ojciec lub naturalna matka albo osoba, która dokonała przysposobienia Małżonka Ubezpieczonego;
- 6) Małżonek Rodzica Małżonka Ubezpieczonego (Małżonek Teścia/Teściowej) – osoba, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego pozostawała z Rodzicem Małżonka Ubezpieczonego w związku małżeńskim.

§ 3

Zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może obejmować następujące poniżej wymienione ryzyka dodatkowe:
 - 1) ryzyko śmierci Małżonka Ubezpieczonego,
 - 2) ryzyko śmierci Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) ryzyko śmierci Dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) ryzyko śmierci Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) ryzyko osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego,
 - 6) ryzyko urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego,
 - 7) ryzyko martwego urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego,
 - 8) ryzyko śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego.
2. Umową ubezpieczenia mogą zostać objęte: jedno, kilka lub wszystkie ryzyka wymienione w ust. 1.

§ 4

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyk dodatkowych obejmowanych umową na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie członków rodziny Ubezpieczonego.

§ 5

Wypadek ubezpieczeniowy

1. W odniesieniu do poszczególnych ryzyk dodatkowych, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność:
 - 1) w odniesieniu do ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Małżonka Ubezpieczonego,

- 2) w odniesieniu do ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Małżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w odniesieniu do ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Dziecka Ubezpieczonego,
 - 4) w odniesieniu do ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Dziecka Ubezpieczonego, jeśli śmierć ta nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) w odniesieniu do ryzyka osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła po dniu żywego urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, a przed ukończeniem przez Dziecko 25 roku życia lub jeżeli Dziecko Ubezpieczonego pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej przed ukończeniem 26 roku życia albo bez względu na wiek dziecka, jeżeli jest ono całkowicie i trwale niezdolne do pracy według orzeczenia organu emerytalno-rentowego,
 - 6) w odniesieniu do ryzyka urodzenia się Dziecka – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się Ubezpieczonemu Dziecku, które nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży; za urodzenie się Dziecka nie uważa się martwego urodzenia się Dziecka,
 - 7) w odniesieniu do ryzyka martwego urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Dziecka Ubezpieczonego, w konsekwencji której został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe,
 - 8) w odniesieniu do ryzyka śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego – w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub śmierci Rodzica Małżonka Ubezpieczonego bądź śmierci Małżonka Rodzica Ubezpieczonego lub śmierci Małżonka Rodzica Małżonka Ubezpieczonego.
2. W odniesieniu do ryzyk obejmujących śmierć Współubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłączenie w przypadku, gdy pomiędzy śmiercią Współubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 6 miesięcy.
 3. Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzeń, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1, 3, 5, 7 i 8, o ile nastąpią one nie wcześniej niż z upływem 6 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
 4. Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu urodzenia się dziecka, o ile nastąpi ono po upływie 9 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
 5. Ograniczenia, o których mowa w ust. 3 i 4 nie mają zastosowania, gdy:
 - a) Przystępujący będący Pracownikiem Ubezpieczającego złoży Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem trzech miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia wyznaczonego dla grupy zgłoszonej do ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia i udokumentuje, że bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie tego ryzyka na mocy umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż Towarzystwo zakładem ubezpieczeń i z tego ubezpieczenia wystąpił. Postanowienia § 13 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego stosuje się odpowiednio; W okresie karencji pierwotnie przewidzianą przez Towarzystwo ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana będzie z zachowaniem poprzednich warunków ubezpieczenia i okresów karencji, z zastrzeżeniem przyjętej dla niniejszej umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia jako górnej granicy odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) Przystępujący nie będący Pracownikiem Ubezpieczającego uzyska zgodę Towarzystwa na wyłączenie karencji na warunkach opisanych w § 13 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego,
 - c) zachodzi sytuacja opisana w § 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (Przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia w Towarzystwie). W takim przypadku karencje stosuje się zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.

§ 6

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla danego ryzyka dodatkowego, wymienionego w § 3 ust. 1.
2. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na osieroceniu Dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo jest zobowiązane do wypłacenia każdemu z osieroconych Dzieci Ubezpieczonego świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia.

§ 7

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej i ograniczenie dotyczące wypłaty świadczenia

1. W odniesieniu do ryzyk dodatkowych Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego. W tym przypadku wyłączenia, o których mowa odnoszą się do Współubezpieczonych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 2) w związku z pozostawaniem przez Współubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, w tym leków nieprzeznaczonych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, jak również w związku z uzależnieniem od wszystkich wyżej wymienionych substancji i środków;
 - 3) podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości oraz w związku z prowadzeniem przez Współubezpieczonego pojazdu lądowego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień,
 - 4) w związku z wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami umysłowymi bądź zaburzeniami psychicznymi,
 - 5) w wyniku wyczerpanego uprawiania przez Współubezpieczonego zarejestrowanego w związku sportowym lub klubie sportowym wszystkich dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; Przez wyczerpanie uprawianie sportu rozumie się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych;
 - 6) w wyniku hobbystycznego uprawiania: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu; Wyłączenie to ma również zastosowanie do wykonywania wymienionych czynności w związku z pracą zawodową;
 - 7) w wyniku wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadku, jakiego Współubezpieczony uległ na pokładzie statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych.
2. W odniesieniu do ryzyka śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w odniesieniu do każdego z następujących zdarzeń:
 - 1) śmierci Rodzica Ubezpieczonego – śmierć kobiety,
 - 2) śmierci Rodzica Ubezpieczonego – śmierć mężczyzny,
 - 3) śmierci Rodzica Małżonka Ubezpieczonego – śmierć kobiety,
 - 4) śmierci Rodzica Małżonka Ubezpieczonego – śmierć mężczyzny.

§ 8

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w odniesieniu do ryzyk, których dotyczą niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego jest złożenie przez Uprawnionego:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
 - 3) innych dokumentów żądanych przez Towarzystwo.
2. W odniesieniu do ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, również następujące dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka Ubezpieczonego,
 - 2) kartę statystyczną do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
 - 3) odpis skrócony aktu małżeństwa.
3. W odniesieniu do ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, również następujące dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka Ubezpieczonego,
 - 2) kartę statystyczną do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
 - 3) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka.

4. W odniesieniu do ryzyka śmierci Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, również następujące dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego,
 - 2) kartę statystyczną do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
 - 3) odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego – w przypadku zgonu Rodzica Małżonka Ubezpieczonego.
5. W odniesieniu do ryzyka śmierci Małżonka Ubezpieczonego lub śmierci Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, również dokumenty, o których mowa odpowiednio w ust. 2 lub 3 oraz inne dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.).
6. W odniesieniu do ryzyka urodzenia się Dziecka, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, odpis skrócony aktu urodzenia.
7. W odniesieniu do ryzyka martwego urodzenia się Dziecka, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe.
8. W odniesieniu do ryzyka osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Uprawniony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1, również następujące dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) kartę statystyczną do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
 - 3) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka/dzieci Ubezpieczonego,
 - 4) zaświadczenie z uczelni o pobieraniu przez dziecko, przed dniem śmierci Ubezpieczonego, nauki na ostatnim roku studiów – w przypadku dziecka mającego w dniu śmierci Ubezpieczonego ukończonych 25 lat, a niemającego ukończonego 26 roku życia,
 - 5) decyzję organu emerytalno-rentowego – w przypadku, gdy Dziecko Ubezpieczonego jest całkowicie i trwale niezdolne do pracy,
 - 6) dokument potwierdzający osobę opiekuna prawnego Dziecka Ubezpieczonego – w przypadku dziecka niepełnoletniego.

§ 9

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2007 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych po tym dniu.

§ 10

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez zarząd Towarzystwa uchwałą nr 16/2006 z dnia 11 grudnia 2006 roku.

Członek Zarządu
Marcin Kotulski

Prezes Zarządu
Piotr Narloch

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO „ZDROWIE RODZINY”

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego „Zdrowie Rodziny”

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Ubezpieczających na rzecz Ubezpieczonych, w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego oraz – w przypadku objęcia ochroną ryzyk dodatkowych nieujętych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego – na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie w przypadku, gdy umową ubezpieczenia objęte są ryzyka dodatkowe, których dotyczą niniejsze ogólne warunki.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zawierają szczegółowe postanowienia dotyczące wymienionych w nich ryzyk dodatkowych oraz inne postanowienia, nieujęte w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego.
4. W sprawach niuregulowanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.
5. W razie sprzeczności postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego oraz ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 2

Definicje

Terminom użytym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 2) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia lub nie ukończyło 26 roku życia, jeżeli pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej;
- 3) **Zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 4) **Udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 5) **Nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 6) **Przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 7) **Chirurgiczne leczenie chorób naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografią). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 8) **Leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 7, przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic

wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografią). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;

- 9) **Ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według "reguły dżwiętka" lub tabeli Lunda i Browdera;
- 10) **Śpiączka** – trwający nie krócej niż 168 godzin stan całkowitej utraty świadomości z towarzyszącym zniesieniem wszelkich odruchów neurologicznych oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wymagający zastosowania metod podtrzymujących podstawowe funkcje życiowe organizmu; przebieg śpiączki winien być potwierdzony dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie;
- 11) **Łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania usunięcia powodujący trwałą i postępującą utratę neurologiczną;
- 12) **Zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
- 13) **Dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną;
- 14) **Stwardnienie rozsiane** – zespół wielogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
- 15) **Szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniająca kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgnarskiej, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych.

§ 3

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może obejmować następujące ryzyka dodatkowe:
 - 1) ryzyko poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego,
 - 2) ryzyko poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego,
 - 3) ryzyko pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu,
 - 4) ryzyko pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) ryzyko inwalidztwa Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
2. Umową ubezpieczenia mogą zostać objęte: jedno, kilka lub wszystkie ryzyka wymienione w ust. 1.
3. W odniesieniu do ryzyk dodatkowych Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego. W tym przypadku wyłączenia, o których mowa odnoszą się do Współubezpieczonych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) podczas prowadzenia przez Współubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości oraz w związku z prowadzeniem przez Współubezpieczonego pojazdu łądowego, statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień,
 - 2) w związku z pozostawianiem przez Współubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, w tym leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem

ich użycia, jak również w związku z uzależnieniem od wszystkich wyżej wymienionych substancji i środków;

- 3) w związku z usiłowaniami popełnienia samobójstwa,
 - 4) w związku z zabiegami leczniczymi bądź medycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane,
 - 5) w związku z poddaniem się przez Współubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 6) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
 - 7) w związku z: wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem, padaczką, dyskopatią, chorobami umysłowymi bądź zaburzeniami psychicznymi, nosicielstwem wirusa HIV, pełnoobjawowym AIDS,
 - 8) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i położeniem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 9) w wyniku wyczynowego uprawiania przez Współubezpieczonego zarejestrowanego w związku sportowym lub klubie sportowym wszystkich dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych. Przez wyczynowe uprawianie sportu rozumie się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych;
 - 10) w wyniku hobbystycznego uprawiania: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu; Wyłączenie to ma również zastosowanie do wykonywania wymienionych czynności w związku z pracą zawodową;
 - 11) w wyniku wypadku lotniczego z wyjątkiem wypadku, jakiemu Współubezpieczony uległ na pokładzie statku powietrznego licencjonowanego linii lotniczych,
 - 12) w związku z pełnieniem przez Współubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) w wyniku kataklizmów naturalnych.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne.
 5. Szczegółowe postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, w części regulującej odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk dodatkowych, mogą przewidywać dodatkowe wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyk dodatkowych obejmowanych umową na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego (Współubezpieczonych).

ROZDZIAŁ II

Postanowienia dotyczące ryzyka poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego

§ 5

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Małżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo innego czynnika chorobotwórczego.
2. Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie poważnego zachorowania u Małżonka Ubezpieczonego nie wcześniej niż po trzech miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
3. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania jeśli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek. Jednakże w takim przypadku warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
4. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 22 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
5. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku wystąpienia u Małżonka Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:
 - 1) zawał serca,
 - 2) udar mózgu,
 - 3) nowotwór,
 - 4) przewlekła niewydolność nerek,
 - 5) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - 6) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - 7) ciężkie oparzenie,
 - 8) śpiączka.
6. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania, ujętej w § 2.

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku:
 - powtórznego wystąpienia u Małzonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - poważnego zachorowania Małzonka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Małzonka Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Małżonek Ubezpieczony ukończył 55 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących poważnych zachorowań:
 - przewłękła niewydolność nerek,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Małzonka Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Małżonek Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla ryzyka poważnego zachorowania Małzonka Ubezpieczonego.

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Małżonek Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania i Ubezpieczony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 6-u miesięcy od dnia jego wystąpienia Małżonek Ubezpieczony umrze, a Ubezpieczonemu – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego – przysługuje prawo do świadczenia na wypadek śmierci Małzonka, Towarzystwo umniejsza kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Małzonka Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Małzonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

ROZDZIAŁ III

Postanowienia dotyczące ryzyka poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Dziecko Ubezpieczonego poważnego zachorowania będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo innego czynnika chorobotwórczego.
- Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie poważnego zachorowania u Dziecka nie wcześniej niż po trzech miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja).
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania jeśli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek. Jednakże w takim przypadku warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 22 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:
 - nowotwór,
 - łagodny guz mózgu,
 - przewłękła niewydolność nerek,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - śpiączka,
 - dystrofia mięśniowa,
 - stwardnienie rozsiane.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania, ujętej w § 2.

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz

§ 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku:

- powtórznego wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
- poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla ryzyka poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego.

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Dziecko Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania i Ubezpieczony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 6-u miesięcy od dnia jego wystąpienia Dziecko Ubezpieczonego umrze, a Ubezpieczonemu – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego – przysługuje prawo do świadczenia na wypadek śmierci Dziecka, Towarzystwo umniejsza kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

ROZDZIAŁ IV

Postanowienia dotyczące ryzyka pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, gdy na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby Małżonek Ubezpieczonego musi poddać się pobyty w szpitalu.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą Małzonka Ubezpieczonego, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zdiagnozowanie choroby nie wcześniej niż po dwóch miesiącach od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia (karencja), przy czym pobyt Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu nie może nastąpić wcześniej niż po zdiagnozowaniu choroby u Małzonka Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem, jakiemu uległ Małżonek Ubezpieczonego, warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Pobyt Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu będzie uznany za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pod warunkiem, że pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 2 nie ma zastosowania, gdy zachodzą przesłanki zniesienia karencji wskazane w § 22 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 doby, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
- Za wypadek ubezpieczeniowy nie uważa się pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym i w sanatorium.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent ubezpieczeniowej sumy ubezpieczenia, wskazanej dla ryzyka pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień przebywania przez Małżonek Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna). Wysokość diety dziennej ustala się oddzielnie dla:
 - pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 nie może łącznie (dla pobytych spowodowanych zarówno chorobą, jak i nieszczęśliwym wypadkiem) w danym roku udzielania przez Towarzystwo Małżonkowi Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 90 dniowy pobyt w szpitalu.

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również, jeżeli pobyt Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu związany był z:
 - wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - leczeniem bezpłodności,
 - leczeniem chorób przewlekłych,
 - przeprowadzeniem operacji plastyczno-kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - następstwami klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Małzonka Ubezpieczonego w szpitalu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Małżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.

ROZDZIAŁ V

Postanowienia dotyczące ryzyka pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, gdy na skutek nieszczęśliwego wypadku Dziecko Ubezpieczonego musi poddać się pobyty w szpitalu.
- Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 6 dob, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
- Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajście nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego Dziecko Ubezpieczonego zostało poddane leczeniu szpitalnemu, po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu będzie uznany za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pod warunkiem, że pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Za kolejny pobyt Dziecka Ubezpieczonego spowodowany tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w połowie wysokości określonej w § 17 ust. 1.
- Za wypadek ubezpieczeniowy nie uważa się pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia, wskazanej w polisie dla ryzyka pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, za każdy dzień przebywania przez Dziecko Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
- Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 nie może łącznie w danym roku udzielania przez Towarzystwo Dziecku Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 90 dniowy pobyt w szpitalu – w odniesieniu do ryzyka Dziecka.

Ograniczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

- Poza przypadkami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego dla ryzyka podstawowego oraz § 3 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również, jeżeli pobyt Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu związany był z:
 - wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - następstwami klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Dziecko Ubezpieczonego ukończyło 18 rok życia.

ROZDZIAŁ VI

Postanowienia dotyczące ryzyka inwalidztwa Małzonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wypadek ubezpieczeniowy

- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Małżonek Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa.

- Warunkiem odpowiedzialności Towarzystwa jest zajęcie nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego Małżonek Ubezpieczonego doznał inwalidztwa, po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka inwalidztwa Małżonka Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Małżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.

§ 20

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Towarzystwo w przypadku zajęcia wypadku ubezpieczeniowego zobowiązane jest do wypłacenia Ubezpieczonemu, w zależności od rodzaju inwalidztwa doznanego przez Małżonka Ubezpieczonego, świadczenia ubezpieczeniowego w postaci określonego w tabeli nr 1 procentu sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla ryzyka inwalidztwa Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe, o ile Małżonek Ubezpieczonego dozna danego rodzaju inwalidztwa w terminie 6 miesięcy od dnia zajęcia nieszczęśliwego wypadku.
- Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku Małżonek Ubezpieczonego dozna więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Towarzystwo obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniał w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajęcia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
- Łączna wartość świadczeń z ryzyka inwalidztwa Małżonka Ubezpieczonego wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących inwalidztwo i liczbę rodzajów inwalidztwa doznanych przez Małżonka Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego ryzyka dodatkowego.

Tabela nr 1.

Rodzaj inwalidztwa	% sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	70%
Utrata przedramienia	65%
Utrata nadgarstka	55%
Utrata śródreczęza	50%
Utrata kciuka	20%
Utrata palca wskazującego	10%
Utrata palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5%
Utrata uda	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata stępu	40%
Utrata śródstopia	30%
Utrata palucha	5%
Utrata palca stopy poza paluchem	2%
Utrata wszystkich palców stopy	25%
Obustronna utrata wzroku	100%
Jednostronna utrata wzroku	50%
Obustronna utrata słuchu	60%
Jednostronna utrata słuchu	30%
Utrata powonienia	10%
Utrata smaku	5%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenie dwukończynowe	60%

§ 21

Ustalenie rodzaju inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajęcia nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ VII

Postanowienia wspólne

§ 22

Zniesienie karencji

Postanowienia dotyczące karencji w odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych ryzyk dodatkowych nie mają zastosowania, gdy:

- Przystępujący będący Pracownikiem Ubezpieczającego złoży Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem trzech miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia wyznaczonego dla grupy zgłoszonej do ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i udokumentuje, że bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka dodatkowego, którego ma dotyczyć uchylenie karencji, na mocy umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż Towarzystwo zakładem ubezpieczeń i z tego ubezpieczenia wystąpił. Postanowienia § 13 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego stosuje się odpowiednio; W okresie karencji pierwotnie przewidzianym przez Towarzystwo dla danego ryzyka dodatkowego ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana będzie z zachowaniem poprzednich warunków ubezpieczenia i okresów karencji, z zastrzeżeniem przyjętej dla niniejszej umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia jako górnej granicy odpowiedzialności Towarzystwa;
- Przystępujący nie będący Pracownikiem Ubezpieczającego uzyska zgodę Towarzystwa na wyłączenie karencji na warunkach opisanych w § 13 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego;
- zachodzi sytuacja opisana w § 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (Przeniesienie się Ubezpieczonego pomiędzy umowami ubezpieczenia w Towarzystwie). W takim przypadku karencje stosuje się zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.

§ 23

Zawiadomienie

- Podstawą do wypłaty świadczenia w odniesieniu do ryzyk, których dotyczą niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego jest złożenie przez Ubezpieczonego:
 - wniosku o wypłatę świadczenia,
 - kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - innych dokumentów żądanych przez Towarzystwo.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 również następujące dokumenty:
 - dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania,
 - odpis skrócony aktu małżeństwa.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 również następujące dokumenty:
 - dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania,
 - odpis skrócony aktu urodzenia dziecka.
- W odniesieniu do ryzyka pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 również następujące dokumenty:
 - kartę informacyjną leczenia szpitalnego,

- odpis skrócony aktu małżeństwa,
- dokumenty potwierdzające okoliczności doznania przez Małżonka Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.) – w przypadku pobytu w szpitalu Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- W odniesieniu do ryzyka pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 również następujące dokumenty:
 - kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - odpis skrócony aktu urodzenia dziecka,
 - dokumenty potwierdzające okoliczności doznania przez Dziecko Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.).
- W odniesieniu do ryzyka inwalidztwa Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 1 również następujące dokumenty:
 - dokumenty medyczne potwierdzające doznany rodzaj inwalidztwa,
 - dokumenty potwierdzające okoliczności doznania przez Małżonka Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.).

§ 24

Wjeście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2007 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych po tym dniu.

§ 25

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez zarząd Towarzystwa uchwałą nr 16/2006 z dnia 11 grudnia 2006 roku.



Członek Zarządu
Marcin Kotulski



Prezes Zarządu
Piotr Narloch

