

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO
NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU**



Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z udziałem w zysku	3
Postanowienia ogólne	3
Warunki ubezpieczenia	4
Obowiązki stron	6
Świadczenie ubezpieczeniowe	6
Postanowienia końcowe	6
Klauzule dodatkowe	8
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
Klauzula 22 Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
Klauzula 25 Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	8
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
Klauzula 30 Inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	10
Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	10

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie zawieranych przez Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
- Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej, oraz dołączenie pełnej ich treści do umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także klauzuli dodatkowych z OWU, przyjmuje się wyższość zapisów dodatkowych, klauzuli dodatkowych, zapisów odmiennych.
- Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w umowie indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 36 niniejszych warunków. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba, że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników. Definicja ta obejmuje również formy aktywności fizycznej organizowanej dla dzieci w wieku szkolnym do 15 roku życia;
- choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki – lekarskiej i pielęgniarzkiej. Przykładem chorób przewlekłych zgodnie z powyższą definicją są: astma oskrzelowa, mózgowo-porożenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek, inne;
- choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach F00 do F99;
- choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za czasową niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy;
- dziecko-Współubezpieczony** – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności. Karencja podawana jest w miesiącach;
- klauzula** – umowa dodatkowa, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowane

jest ryzyko i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;

- miesiąc** – okres liczący 30 dni;
- miesiąc polisowy** – okres, którego początek przypada pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych. Koniec miesiąca polisowego stanowi dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałe uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrżenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
- rocznica dokumentu ubezpieczenia (polisy)** – każda rocznica daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia (polisie) jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli w danym roku nie ma takiej daty, to datę rocznicy polisy przesuwają się o jeden dzień do przodu;
- ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi: do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- stopa techniczna** – stopa zwrotu z inwestycji przyjęta we wzorach aktuarialnych stosowana do obliczeń składek i rezerw określonych w polisie ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia, wartości polisy;
- szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej 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, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarzkiej, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoriów, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat;
- trwałe inwalidztwo** – wskazane w załączniku nr 3 znaczne uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- trwałe kalectwo** – wskazane w załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia; ilekroć w niniejszych

warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, nie wliczając zapisów dotyczących wyznaczenia uposażonych/uprawnionych, dane zapisy są obowiązujące również w stosunku do Współubezpieczonego/ych;

- Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
- udar mózgu** – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podopajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary lakunarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące;
- Uposażony główny** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy wyznaczone osoby lub podmioty jako „Uposażony Główny” nie żyją bądź nie istnieją;
- Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony Główny, Uposażony Zastępczy lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
- wartość polisy** – kwota odpowiadająca wartości rezerwy technicznej – ubezpieczeniowej ustalonej w oparciu o stopę techniczną stosowaną przez Ubezpieczyciela;
- 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;
- współmałżonek** – Współubezpieczony, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym partnera, który ukończył 18 rok życia, który posiada od minimum 12 miesięcy przed datą przystąpienia do ubezpieczenia ten sam adres zameldowania co Ubezpieczony lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe. Partner musi zostać zgłoszony Ubezpieczycielowi z chwilą przystępowania Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony musi być stanu wolnego;
- Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, której życie bądź zdrowie jest przedmiotem ochrony w ramach umowy ubezpieczenia;
- wypadek na terenie zakładu pracy** – zdarzenie, które nastąpiło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych na terenie zakładu pracy, w którym Ubezpieczony, będący pracownikiem, jest zatrudniony i przy stanowisku pracy, jakie jest pracownikiem przyporządkowane, chyba, że Ubezpieczony otrzymał polecenie przełożonego zezwalające na opuszczenie stanowiska pracy lub został delegowany do działań poza wyznaczonym miejscem pracy;
- 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 nie występujących zmian w zapisie EKG potwierdzających martwicę tkanek mięśnia sercowego, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
 - treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu,
 - jest połączona z czerpaniem dochodu,
 - łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

§ 3

Umowa ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony.
- Umowa ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego dzień, w którym wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej.
- Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony i/lub Współubezpieczony. Współubezpieczeni obejmowani są ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem włączenia do umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące zakresu ochrony odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego i/lub Współubezpieczonych wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.

§ 4

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klauzul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych, informując Ubezpieczającego o tym fakcie na piśmie, uwzględniając prawo Ubezpieczającego wskazane w ust. 8.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- W przypadku uchybienia obowiązkowi, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.
- Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia niniejszych OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, oraz inne postanowienia dotyczące warunków ochrony ubezpieczeniowej potwierdzone w formie pisemnej na dokumencie polisy.

§ 5

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
 - śmierci Ubezpieczonego – z chwilą śmierci,
 - w przypadku wskazanym w § 9 ust. 14, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2 – w dniu wskazanym w wezwaniu do zapłaty,
 - zgodnie z zapisami § 3 ust. 2 w dniu, w którym wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat,

- w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, za który Ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności. Zwrot składki jednak nie przysługuje w przypadku wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia wyczerpującego sumę ubezpieczenia albo wypłatę świadczenia w wysokości wartości polisy w przypadkach określonych w § 7 ust. 2.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie bądź życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 16 rok życia a nie ukończyła rocznikowo 60 roku życia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego i dożycia do końca trwania umowy ubezpieczenia (ryzyka śmierci lub dożycia).
- W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe w postaci większej z kwot: sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie ubezpieczenia (polisie) albo wartości polisy ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego (świadczenie na życie).
- W razie dożycia przez Ubezpieczonego końca trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie ubezpieczeniowe w postaci krotności sumy ubezpieczenia (świadczenie na dożycie).
- Wysokość świadczenia na dożycie określana jest jako krotność sumy ubezpieczenia; Ubezpieczający określa we wniosku ubezpieczeniowym wskaźnik krotności spośród wskaźników zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
- Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowe klauzule (ryzyka), będące w ofercie Ubezpieczyciela.
- Zakres umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

§ 8

Suma ubezpieczenia

- Wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia określona jest w polisie ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ustępów poniższych stanowi podstawę ustalania wysokości świadczeń.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się przy uwzględnieniu indeksacji sumy ewentualnie dokonanych przed zajściem wypadku ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 10
- Na sumę ubezpieczenia w ryzyku śmierci lub dożycia Ubezpieczonego składa się suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 oraz dodatkowa wartość polisy z tytułu udziału w zysku z lokat. Dodatkowa wartość polisy z tytułu udziału w zysku z lokat ustalana jest zgodnie z postanowieniami § 17 i nie podlega indeksacji.
- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) dodatkowych stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka.
- Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o: wieku, stanie zdrowia oraz czynnikach wpływających na stan zdrowia, zakresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacenia składki, wykonywanego zawodu.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego

lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.

- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej (rat) – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego czy zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny tego ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego najpóźniej na dzień przed datą wskazaną w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tego ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia, środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie pierwszej składki regularnej powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
- Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniejszej wymaganej.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o których mowa w ust. 12 – Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowo przynajmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania, z zastrzeżeniem § 16.
- Po drugiej rocznicy polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej. Wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej Ubezpieczający składa pisemnie Ubezpieczycielowi nie później niż na miesiąc przed rocznicą polisy, od której zmiana częstotliwości ma obowiązywać.

§ 10

Indeksacja

- Ubezpieczający, z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia może wskazać w jakiej wysokości procentowej: 0%, 10% lub 20%. Ubezpieczyciel ma dokonywać podwyższenia sumy ubezpieczenia (indeksacja) dla ryzyk wchodzących w zakres umowy ubezpieczenia. Indeksacja sum/y ubezpieczenia powoduje podwyższenie składki regularnej zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej.
- Ubezpieczyciel nie później niż na miesiąc przed kolejną indeksacją sumy ubezpieczenia zawiadamia Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej sum/y ubezpieczenia i wysokości składki po indeksacji.
- Wskaźnik indeksacji określany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel będzie dokonywał indeksacji co pięć lat, przy założeniu, że strony przedłużają umowę ubezpieczenia.
- Indeksacja nie będzie dokonywana:
 - po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
 - w przypadku opłacania przez Ubezpieczyciela składek ubezpieczeniowych z tytułu klauzuli dodatkowej przejęcia opłacania składki wypadek wyniku niezdolności do pracy, jeśli taka klauzula była zawarta.
 - w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego.

§ 11

Tryb udzielania ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
- Ochrona w przypadku klauzuli (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz w treści klauzuli.
- Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w tymczasowym oraz w pełnym zakresie ochrony.
- Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do Śmierci Ubezpieczonego w wyniku

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

nieszczęśliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela.

- 2) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego i zaplaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty spisania wniosku), w którym Ubezpieczyciel potwierdził odpowiedzialność (pełna ochrona ubezpieczeniowa) i wystawił dokument ubezpieczenia lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 3) W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 tysięcy złotych, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
5. Do pełnej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia określonego przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej), pod warunkiem, że Ubezpieczyciel potwierdził przyjęcie ryzyka ubezpieczeniowego, wystawiając dokument ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
- 2) Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
6. Ubezpieczony może zostać poddany badaniom lekarskim w następującym trybie:
 - 1) Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 - 2) Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia jak również zasięgnięcia informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.
 - 3) Ubezpieczyciel może korzystać z podmiotów zewnętrznych koordynujących proces przeprowadzenia badań do celów oceny ryzyka lub określenia rozmiaru szkody. Ubezpieczający i Ubezpieczony wyraża niniejszym zgodę na udostępnianie danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia umożliwiających wykonanie tych postanowień.

§ 12

Okres ochrony

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeśli w treści danej klauzuli nie wskazano inaczej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do poszczególnych Współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy zgodnie z warunkami i postanowieniami stosowanymi wobec poszczególnych Ubezpieczonych.

§ 13

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich klauzul objętych ochroną, w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w dniu, w którym umowa uległa rozwiązaniu, zgodnie z § 5 ust. 1; jeżeli jednak rozwiązanie umowy nastąpiło zgodnie z § 9 ust. 14, umowa nie ulega rozwiązaniu w przypadku gdy ubezpieczenie ulegnie zamianie na ubezpieczenie bezskładkowe;
- 2) w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul);
- 3) z ostatnim dniem okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia;
 - w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

§ 14

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) śmierci Ubezpieczonego (lub Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały:
 - 1) wskutek popełnienia samobójstwa – jeśli nastąpiło w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, usiłowania popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 2) wskutek działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) wskutek czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) wskutek zatrucia alkoholem, w związku z zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanych przez uprawnionego lekarza;
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały:
 - 1) wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) wskutek zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z jego raczącego niedbalstwa;
 - 3) wskutek błędów w sztuce lekarskiej;
 - 4) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 5) w sytuacji, w której Ubezpieczony nie przestrzegał zaleceń lekarza lub nie poddał się zaleconemu leczeniu nie związanemu z żadnym ponadprzeciętnym ryzykiem dla zdrowia i życia Ubezpieczonego – a wypadek ubezpieczeniowy był skutkiem tych zanichań;
 - 6) wskutek prowadzenia pojazdu lądowego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 7) wskutek wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 8) wskutek chorób zdiagnozowanych przez zawarciem umowy ubezpieczenia (nie dotyczy ryzyka pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby) i wypadków zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 9) wskutek zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;
 - 10) wskutek uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 11) wskutek amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, narciarstwa przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride), off-road i rajdy przeprawowe oraz sportów podobnych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających w/w dyscypliny sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
 - 12) w wyniku wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem lub stanowił załogę nielicencjonowanych linii lotniczych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn

naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 15

Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
2. Okresy karencji wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. W przypadku wystąpienia w okresie stosowania karencji zdarzenia objętego ochroną, Ubezpieczyciel wypłaci jednak świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 4, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przystępując do umowy ubezpieczenia (bądź zawierając ją jako Ubezpieczający) zrezygnował uprzednio z ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Ubezpieczycielem (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od umowy bądź wypowiedzenie tej umowy);
 - 2) Ubezpieczyciel, w ramach umowy regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, odpowiada za analogiczne zdarzenie, które było przedmiotem umowy ubezpieczenia, z której Ubezpieczony zrezygnował;
 - 3) minął okres karencji, o którym mowa w ust. 2, przy uwzględnieniu okresu, jakim Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której zrezygnował;
 - 4) od momentu rezygnacji z poprzedniej umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach umowy regulowanej niniejszymi postanowieniami nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni.
4. W przypadku wskazanym w ust. 3 Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości jaka przysługiwałaby Ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia u poprzedniego Ubezpieczyciela, z której Ubezpieczony zrezygnował, z zastrzeżeniem, iż wysokość świadczenia nie może być wyższa niż ta, która została określona dla danego ryzyka (klauzuli) w ramach umowy ubezpieczenia regulowanej postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystąpił.
5. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może odstąpić od stosowania karencji. Odstąpienie wyrażane jest poprzez pisemną zgodę Ubezpieczyciela.

§ 16

Ubezpieczenie bezskładkowe

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie, w którym składka regularna nie jest opłacana, a suma ubezpieczenia oraz świadczenie na dożycie zostaje odpowiednio umniejszona, tak by zachowane zostały pierwotne proporcje między nimi. Pomniejszone sumy ubezpieczenia zostaną obliczone na podstawie wartości polisy z ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego dokonanie zamiany w ubezpieczenie bezskładkowe, która to wartość zostanie potraktowana jako jednorazowa składka z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego oraz pełnej liczby lat pozostałych do dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. Zamiana ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe uzależniona jest od zgody Ubezpieczyciela i może wystąpić raz w trakcie trwania umowy ubezpieczenia bez prawa powrotu do ubezpieczenia składkowego w ramach danej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu i Ubezpieczającemu w formie pisemnej informacje dotyczące zakresu wprowadzonych zmian i określenia wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
2. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1, ubezpieczenie bezskładkowe rozpoczyna się także pierwszego dnia, po terminie dodatkowym opłacenia zaległej składki regularnej wyznaczonym przez Ubezpieczyciela zgodnie z § 9 ust. 14 i trwa do końca udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Jeżeli zamiana ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie następuje w rocznicę polisy, wówczas okres ubezpieczenia ulega skróceniu, tak by okres ubezpieczenia bezskładkowego obejmował pełne lata.
4. Jeżeli kwota odpowiadająca wartości polisy nie przekracza minimalnej wartości wskazanej w umowie ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu ubezpieczenia zgodnie z § 18.
5. Ubezpieczający może w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w terminach i na warunkach wskazanych w § 5 ust. 2
6. Zamiana umowy na ubezpieczenie bezskładkowe powoduje wygaśnięcie zawartych umów ubezpieczenia dodatkowego (klauzul); Ubezpieczonemu nie przysługują także świadczenie obejmujące zwiększenie wartości polisy z tytułu udziału w zysku z lokat.

§ 17

Zwiększenie wartości polisy z tytułu udziału w zysku z lokat

Ubezpieczonemu przysługuje w przypadku wskazanym w § 8 ust. 3, świadczenie w postaci zwiększenia wartości polisy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU

z tytułu udziału w zysku z lokat, którego wysokości obliczania jest w sposób następujący:

- 1) lokaty stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia są inwestowane przez Ubezpieczyciela;
- 2) po zakończeniu każdego roku bilansowego obliczana jest stopa zysku stanowiąca procentowy przyrost zainwestowanych środków, po uwzględnieniu kosztów działalności lokacyjnej, ponad zakładaną stopę techniczną, stanowiącą zysk z lokat;
- 3) Ubezpieczonemu przysługuje udział w wysokości 90% zysku z lokat obliczonego według zasad wskazanych powyżej;
- 4) na koniec roku bilansowego naliczana jest dodatkowa wartość polisy z tytułu udziału w zysku z lokat będąca iloczynem aktualnej wartości polisy i stopy zysku;
- 5) w przypadku gdy w danym roku bilansowym obliczony zgodnie ze wskazaniami powyżej zysk z lokat nie jest dodatni, dodatkowej wartości polisy nie nalicza się.

§ 18

Wykup ubezpieczenia

1. Ubezpieczyciel wypłaci kwotę stanowiącą wartość polisy pomniejszoną o opłatę za wypowiedzenie (wartość wykupu ubezpieczenia) w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego bądź w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 14.
2. W przypadku odmowy wypłacenia przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 ust. 1 lub innych obowiązujących przepisów prawa, na skutek których ochrona ubezpieczeniowa w danym zakresie nie przysługuje Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI STRON

§ 19

Obowiązki stron związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia

1. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczającym spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowo przekazywanie składek na konto Ubezpieczyciela,
 - 2) zbieranie i przysyłanie do Ubezpieczyciela oświadczeń woli Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, kwestionariuszy medycznych lub innych dokumentów, jeśli Ubezpieczyciel wskazał taką konieczność podyktowaną oceną ryzyka,
 - 3) przekazywanie Ubezpieczonemu, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, w sposób zrozumiały i dostępny dla Ubezpieczonego informacji o zawartej umowie ubezpieczenia – a w szczególności:
 - a) informacji o rodzajach i wysokościach świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia,
 - b) informacji o wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - c) informacji o zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) informacji o procedurze postępowania w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) informacji o zmianie warunków umowy bądź prawa właściwego – w przypadku wprowadzenia tego rodzaju zmiany,
 - f) informacji o każdej zmianie w zakresie sum ubezpieczenia.
 - 4) udostępnianie Ubezpieczonemu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informowanie o warunkach odbiegających od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na których została zawarta umowa ubezpieczenia,
 - 5) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do niego i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego,
 - 6) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonego uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
2. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczycielu spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowo oraz z należytą starannością wykonywać zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia,
 - 2) przyjmować oświadczenia kierowane ze strony Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i innych osób uprawnionych,
 - 3) przekazywać Ubezpieczającemu pisemnie wszelkie informacje związane ze zmianą treści warunków ubezpieczenia związanych ze zmianą przepisów prawnych,
 - 4) informować osoby uprawnione do otrzymania świadczenia o wszelkich dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozmiaru szkody,

- 5) zawiadamiać osoby uprawnione do świadczenia o przyczynach niezaspokojenia ich roszczeń w części lub całości.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 20

Postępowanie w razie wypadku

1. W razie powstania wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/Upoważniony jest obowiązany:
 - 1) każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku;
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku;
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej;
 - 7) umożliwienia zasięgnięcia przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia;
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku. W przypadku gdy na skutek naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 do 4 (również przez Uprawnionego do świadczenia) – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie – pomimo zachowania przez Ubezpieczyciela należytej staranności – niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia.

§ 21

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
2. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub

częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

4. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli do wypłaty świadczenia konieczne jest ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu a przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.
5. Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych nie powodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
7. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca wypadku.
8. Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.
9. W przypadku upływu terminu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, na skutek ukończenia przez Ubezpieczonego wieku uprawniającego do wypłacenia świadczenia na dożycie, Ubezpieczyciel zawiadomi o tym fakcie Ubezpieczonego w terminie 21 dni oraz wezwie go do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia oraz dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na dożycie w terminie określonym w § 22.
10. W przypadku jeżeli wypadek ubezpieczeniowy uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia lub klauzul dodatkowych, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika co innego.

§ 22

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 23

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądź (np. usłudze) – realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klauzuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 24

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 oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjął lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Zmiany w danych kontaktowych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie.

§ 25

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 26

Właściwość sądowa

1. Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
2. Zarząd Ubezpieczyciela jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony, Uposażony 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 przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 27

Odesłanie

1. W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 28

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 31.03.2012 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 29

Zatwierdzenie

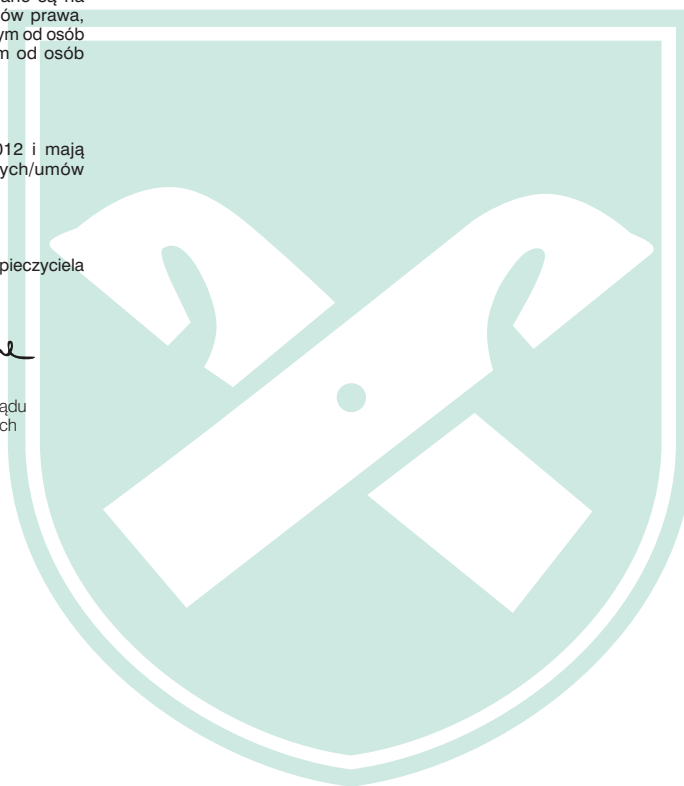
Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 21/2011 z dnia 22.09.2011 roku.



Członek Zarządu
Marcin Kotulski



Prezes Zarządu
Piotr Narloch



KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - 2) w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - 3) śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie.
3. Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi 50% sumy ubezpieczenia na wypadek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt. 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
5. W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3) warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia były poniżej 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
6. Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
7. Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2 jeśli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 22 POBYT DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

1. **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia;
2. **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. **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom.
4. **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której dziecko Ubezpieczonego przebywało w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli 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. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt dziecka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala.
 - III. **Pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM**
 - 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego

na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

- 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale kooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
 3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym dziecko Ubezpieczonego ukończyło 25 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 3) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez dziecko Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 25 POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
- 2) **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;
- 3) **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 utykę neurologiczną;
- 4) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 5) **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 (+), zmiennienie: stwierdzenie HBV DNA (+);
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyńnych” na skórze;
- 6) **śpiączka** – stan w którym znalazło się dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikła na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób dziecka Ubezpieczonego;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną;
- 8) **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.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u dziecka Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór,
 - 2) łagodny guz mózgu,
 - 3) przewlekła niewydolność nerek,
 - 4) zapalenie wątroby typu B,
 - 5) śpiączka,
 - 6) dystrofia mięśniowa,
 - 7) stwardnienie rozsiane.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli dziecko Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania i Ubezpieczony nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia dziecko Ubezpieczonego umrze, a Ubezpieczonemu – na podstawie odrębnej klauzuli – przysługuje prawo do świadczenia na wypadek śmierci dziecka, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego o kwotę przyznanej świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej
Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:

- 1) w wyniku powtórnego wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
- 2) w wyniku poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym 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,
- 3) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne

zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem dziecka Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 6

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania,
 - 6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną dziecka w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 7

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 8

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.

6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 30 INWALIDZTWO DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności dziecka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonego rodzaju inwalidztwa, jeśli dany rodzaj inwalidztwa nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku dziecko Ubezpieczonego może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.

KLAUZULE

7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 dziecko Ubezpieczonego zostanie uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 6

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 38 POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia w życiu Ubezpieczonego, w trakcie spłacania pożyczki i/lub kredytu i ponoszeniu opłat eksploatacyjnych z tytułu użytkowania miejsca zamieszkania, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości zgodnej z zapisami ust. 3, 4 i sumą ubezpieczenia wskazaną w polisie/umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie o którym mowa w ust. 1 składa się z dwóch elementów:
 - 1) świadczenia polegającego na pokryciu ryczałtowo opłat, które Ubezpieczony musi ponosić w związku z użytkowaniem miejsca zamieszkania (opłaty za prąd, gaz, wodę itp.)
 - 2) świadczenia polegającego na spłacaniu kredytu/ów (pożyczek itp.), które w okresie niezdolności do pracy Ubezpieczony jest zobowiązany spłacać.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) jest świadczeniem jednorazowym i wynosi 40% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie/umowie ubezpieczenia.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) jest świadczeniem jednorazowym i wynosi maksymalnie 60% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie/umowie ubezpieczenia.
5. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 1) Ubezpieczony nie jest zobowiązany do przedstawienia jakichkolwiek rachunków.
6. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 2) Ubezpieczony zobowiązany jest do przedstawienia umowy kredytu/umowy pożyczki, w której wskazany jest harmonogram spłat rat kredytu/pożyczki, a w której Ubezpieczony występuje jako kredytobiorca lub współkredytobiorca. Świadczenie pokrywa zarówno ratę kapitałową jak i odsetki, ale z wyłączeniem odsetek wynikających z niedotrzymania terminów spłaty kredytu/pożyczki.
7. Łączna wysokość świadczeń, o których mowa w ust. 1 wypłaconych w okresie ubezpieczenia, nie może przekraczać wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie/umowie ubezpieczenia.
8. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku lub dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, jeśli przyczyną był nieszczęśliwy wypadek.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, oraz dokumentów (orzeczeń) wydanych przez organ emerytalno rentowy potwierdzających niezdolność do pracy oraz innych dokumentów potwierdzających zobowiązania ciążące na Ubezpieczonym (w szczególności umowy kredytu, pożyczki).

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 11/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

§ 4

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 5

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.

KLAUZULA 44 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Nota ogólna:

Niniejsza klauzula może być przedmiotem umowy ubezpieczenia zawieranej wyłącznie w formie indywidualnej.

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejęcia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnej wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko przejęcia opłacania składki w wyniku niezdolności do pracy 6 miesięczną karencję, w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy będzie następstwem choroby.
4. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, lub trwałą i całkowitą niezdolność do pracy wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
5. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej lub trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
6. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki począwszy od najbliższego dnia wymagalności składki regularnej po dniu wskazanym w orzeczeniu o niezdolności do pracy, jako jej początek. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością.
7. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ewentualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
8. W przypadku przejęcia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w umowie ubezpieczenia.
9. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowy jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust 10.
10. Bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej klauzuli wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

§ 3

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejęcia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy (czasowej lub trwałej i całkowitej) oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.
2. Po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego, a także w każdym czasie trwania niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel może niezależnie od przedstawienia orzeczenia lekarskiego oraz innych dokumentów medycznych, zażądać poddania się przez Ubezpieczonego badaniom u wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza. Badania przeprowadzane są w terminach określonych przez Ubezpieczyciela i na jego koszt. Nie poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim traktowane jest tak, jakby Ubezpieczony nie był już niezdolny do pracy.



