

**Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max
Nr 2/2007**

Spis treści

Artykuł I	Postanowienia ogólne	2
Artykuł II	Definicje.....	2
Artykuł III	Przedmiot i zakres odpowiedzialności	4
Artykuł IV	Zawarcie Umowy.....	5
Artykuł V	Przystępowanie do Umowy.....	6
Artykuł VI	Zawieszenie opłacania składek.....	6
Artykuł VII	Prawa i obowiązki stron.....	7
Artykuł VIII	Rozwiązanie Umowy	7
Artykuł IX	Zmiany Umowy	8
Artykuł X	Składki.....	8
Artykuł XI	Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa.....	9
Artykuł XII	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....	9
Artykuł XIII	Wypłata świadczenia	10
Artykuł XIV	Uprawnieni do świadczenia	10
Artykuł XV	Umowy Dodatkowe	11
1.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	11
2.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy... 11	11
3.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.....	12
4.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	12
5.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	13
6.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	14
7.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	14
8.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II.....	15
9.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	18
10.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	18
11.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego.....	19
12.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka	22
13.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka	24
14.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych	25
15.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	27
16.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku .. 28	28
17.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku 29	29
18.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	29
19.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka.....	30
20.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	30
21.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców	31
22.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	31
23.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka.....	31
24.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego.....	31
25.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka.....	32
26.	Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka	32
27.	Umowa Dodatkowa dotycząca ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.....	32
28.	Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej w kraju.....	34
29.	Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej	36
30.	Umowa Dodatkowa dotycząca chirurgii jednego dnia	38
31.	Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej	39
Artykuł XVI	Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.....	40
Artykuł XVII	Indywidualna kontynuacja.....	44
Artykuł XVIII	Skargi i zażalenia.....	44
Artykuł XIX	Postanowienia końcowe	44
Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu		
Załącznik nr 2 – Katalog Operacji Chirurgicznych		

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max 2/2007 z uwzględnieniem definicji zawartych w OWU (Skorowidz)

	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer zapisu z wzorca umownego	
Postanowienia dla umowy podstawowej i umów dodatkowych:	Art. III ust. 2 i 5	Art. VI ust. 3, Art. XII, Art. XIII ust. 6 i 7
Postanowienia dla umów dodatkowych:		
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 1 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 1 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	Art. XV ust. 2 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 2 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku w środku lokomocji	Art. XV ust. 3 pkt 1 i 5 i 6	Art. XV ust. 3 pkt 2 i 7
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 4 pkt 1 i 2 i 6 i 7	Art. XV ust. 4 pkt 3 i 8 i 9
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	Art. XV ust. 5 pkt 2 i 7	Art. XV ust. 5 pkt 3 i 4 i 7 i 8
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	Art. XV ust. 6 pkt 2 i 7 i 8	Art. XV ust. 6 pkt 3 i 4 i 7 i 8
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	Art. XV ust. 7 pkt 2 i 10 i 11	Art. XV ust. 7 pkt 3 i 4 i 5 i 13 i 14 i 15 i 16
Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II	Art. XV ust. 8 pkt 2 i 10 i 11	Art. XV ust. 8 pkt 3 i 4 i 5 i 13 i 14 i 15 i 16
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	Art. XV ust. 9 pkt 2 i 9 i 10 i 13	Art. XV ust. 9 pkt 3 i 4 i 11 i 12

Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	Art. XV ust. 10 pkt 1 i 3 i 7 i 8 i 9 i 11	Art. XV ust. 10 pkt 2 i 8 i 9 i 10 i 15
Poważna choroba Ubezpieczonego	Art. XV ust. 11 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 11 pkt 3 i 4 i 7 i 8 i 9 i 13 i 14
Poważna choroba Współmałżonka	Art. XV ust. 12 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 12 pkt 3 i 4 i 7 i 8 i 9 i 13
Poważna choroba Dziecka	Art. XV ust. 13 pkt 1 i 2 i 5 i 6	Art. XV ust. 13 pkt 3 i 4 i 7 i 8 i 9 i 13
Operacje chirurgiczne	Art. XV ust. 14 pkt 1 i 2 i 3 i 6 i 7	Art. XV ust. 14 pkt 4 i 5 i 6 i 7 i 8 i 9 i 12
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	Art. XV ust. 15 pkt 2 i 3 i 4 i 5 i 6 i 11 i 12 i 13 i 14	Art. XV ust. 15 pkt 7 i 8 i 9 i 10 i 13
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 16 pkt 2 i 3 i 4 i 5	Art. XV ust. 16 pkt 6 i 7 i 8 i 9
Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	Art. XV ust. 17 pkt 1 i 2 i 3 i 4	Art. XV ust. 17 pkt 5 i 6 i 7 i 8
Pobyt Dziecka w szpitalu	Art. XV ust. 18 pkt 1 i 2	Art. XV ust. 18 pkt 3 i 4 i 5 i 6
Śmierć Współmałżonka	Art. XV ust. 19 pkt 1	Art. XV ust. 19 pkt 2
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	Art. XV ust. 20 pkt 1 i 3 i 4	Art. XV ust. 20 pkt 2
Śmierć Rodziców	Art. XV ust. 21 pkt 1 i 3	Art. XV ust. 21 pkt 2
Śmierć Teściów	Art. XV ust. 22 pkt 1 i 3 i 4	Art. XV ust. 22 pkt 2
Urodzenie Dziecka	Art. XV ust. 23 pkt 1 i 2	
Urodzenie martwego Dziecka	Art. XV ust. 24 pkt 1	

Śmierć Dziecka		Art. XV ust. 25 pkt 2	Art. XV ust. 25 pkt 3
Osierocenie Dziecka		Art. XV ust. 26 pkt 2	Art. XV ust. 26 pkt 3
Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne		Art. XV ust. 27 pkt 2 i 4 i 6 i 7 i 10 i 13	Art. XV ust. 27 pkt 9 i 11 i 12
Pomoc medyczna w kraju		Art. XV ust. 28 pkt 4 i 5 i 10	Art. XV ust. 28 pkt 6 i 7 i 8
Druga opinia medyczna		Art. XV ust. 29 pkt 2 i 3 i 5 i 6	Art. XV ust. 29 pkt 5 i 7 i 8
Chirurgia jednego dnia		Art. XV ust. 30 pkt 2 i 6 i 7 i 8	Art. XV ust. 30 pkt 4 i 5 i 11 i 12
Rehabilitacja medyczna		Art. XV ust. 31 pkt 2 i 7 i 8 i 9	Art. XV ust. 31 pkt 3 i 4 i 5 i 6 i 12
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy		Art. XVI ust. 7	Art. XVI ust. 7
		3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje
Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy		Art. XVI ust. 8	Art. XVI ust. 7

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, zwane dalej OWU, stosuje się do Umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zawieranych na rzecz Ubezpieczonych pomiędzy Ubezpieczającymi a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej Towarzystwem.

Artykuł II

Definicje

W OWU, we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, zwanej również Umową, w Polisie oraz w innych pismach i dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia, wymienione poniżej terminy, definiuje się następująco:

1. **Centrum Pomocy Generali (CPG)** - telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej w kraju (medycznego assistance) oraz natychmiast inicjuje wykonanie wymaganej usługi;
2. **certyifikat** - dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy, wystawiany dla każdego Ubezpieczonego;
3. **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
4. **data zatrudnienia** – pierwsza data nieprzerwanego związania się Pracownika z Ubezpieczającym w ramach zatrudnienia, członkostwa, bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo;
5. **deklaracja** – dokument, w którym Pracownik wyraża uprzednią zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
6. **Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, Dziecko Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 25 lat;
7. **karancja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwych wypadków;
8. **Karta Identyfikacyjna** – imienny dokument uprawniający Ubezpieczonego / Współubezpieczonego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Partnera Medycznego w ramach Umowy Dodatkowej dotyczącej ambulatoryjnych świadczeń medycznych, ważna tylko wraz z dokumentem tożsamości;
9. **Konkubent** - osoba, pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 36 miesięcy;
10. **limit automatycznej akceptacji** – maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, którą Towarzystwo może przyznać Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego. Limitu nie stosuje się do Umów Dodatkowych obejmujących swym zakresem ryzyka będące następstwem nieszczęśliwych wypadków;
11. **Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
12. **miesiąc polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;
13. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
14. **niezdolność do pracy zarobkowej** - całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
15. **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
16. **Ojcym** - aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego/Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
17. **okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki, określonymi w Polisie;

18. **okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony poprzez określone w Polisie daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
19. **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne, nie wymagające pobytu w szpitalu oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
20. **Partner Medyczny** - placówka medyczna współpracująca z Towarzystwem. Aktualna lista placówek medycznych znajduje na stronie internetowej Towarzystwa: www.generali.pl;
21. **Pełnoletnie dziecko** - dziecko Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
22. **pobyt Dziecka w szpitalu** – pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
23. **pobyt w szpitalu** - pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
24. **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki;
25. **poważna choroba** – którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych chorób;
26. **Pracownik** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku zatrudnienia, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo;
27. **prolongata** – określony w Polisie okres, z upływem którego składka staje się wymagalna. Okres prolongaty liczony jest od terminu należności nieopłaconej składki ochronnej;
28. **przystąpienie Pracownika** – zawarcie Umowy ubezpieczenia na rzecz Pracownika, potwierdzone certyfikatem;
29. **rocznica Polisy** - każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
30. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
31. **składka całkowita** – suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych;
32. **składka inwestycyjna** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub procent wynagrodzenia, wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna za Ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile zawarta została Umowa Dodatkowa w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
33. **składka ochronna** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub procent wynagrodzenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
34. **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie i certyfikacie kwota lub krotność wynagrodzenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
35. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
36. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkiowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym.
37. **wysokość świadczenia** - określona na podstawie sumy ubezpieczenia kwota pieniężna lub usługa, stanowiące zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Umowie Podstawowej lub w Umowie Dodatkowej;

38. **termin należności składki** - data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma takiego dnia, terminem należności składki jest ostatni dzień kończący okres, za który składka ochronna była ostatnio należna;
39. **Teść** - ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
40. **trwale inwalidztwo** - naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki wymienione w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych. Sformułowania „utrata”, „porażenie” i „usztynienie” rozumiane są jako:
 1. utrata – całkowita anatomiczna strata narządu;
 2. porażenie – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;
 3. usztynienie – całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
41. **trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
42. **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
43. **Ubezpieczony** - Pracownik, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia, ponadto za zgodą Towarzystwa Ubezpieczonymi mogą być również Współmałżonek, Konkubent lub Pełnoletnie Dziecko Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do Umowy tego Pracownika;
44. **Umowa Dodatkowa** – umowa rozszerzająca postanowienia Umowy Podstawowej o dodatkowe warunki ochrony ubezpieczeniowej lub o zasady inwestowania w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy;
45. **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, obejmująca zakresem odpowiedzialności śmierć Ubezpieczonego;
46. **Uposażony** - osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
47. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta przez Ubezpieczającego z innym Ubezpieczycielem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem oraz ochrona z tytułu której zakończyła się;
48. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia, w dniu w którym wiek jest liczony;
49. **Współmałżonek** - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
50. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
 1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 2. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 3. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
51. **wypadek w środku lokomocji** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa, w ramach Umowy Podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
3. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności, o którym mowa w ust.2, może zostać rozszerzony, w ramach Umów Dodatkowych o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 1. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 3. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 4. śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;

5. niezdolność do pracy zarobkowej;
 6. niezdolność do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 7. trwale inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I;
 8. trwale inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II;
 9. trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 10. trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 11. poważna choroba Ubezpieczonego;
 12. poważna choroba Współmałżonka;
 13. poważna choroba Dziecka;
 14. operacje chirurgiczne;
 15. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
 16. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 17. pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 18. pobyt Dziecka w szpitalu;
 19. śmierć Współmałżonka;
 20. śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 21. śmierć Rodziców;
 22. śmierć Teściów;
 23. urodzenie Dziecka Ubezpieczonego;
 24. urodzenie Dziecka martwego;
 25. śmierć Dziecka;
 26. osierocenie Dziecka;
 27. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;
 28. pomoc medyczna w kraju;
 29. druga opinia medyczna;
 30. chirurgia jednego dnia;
 31. rehabilitacja medyczna.
4. Przedmiot i zakres odpowiedzialności potwierdza Polisa.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej.
 6. W przypadku zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w ust.3, Towarzystwo zrealizuje swoje zobowiązania zgodnie z warunkami odpowiednich Umów Dodatkowych.
 7. Zobowiązania Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikatach.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest opłacenie pierwszej składki całkowitej, z zastrzeżeniem ust.4 oraz złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
 1. wniosku o zawarcie Umowy;
 2. kompletu deklaracji przystąpienia podpisanych przez osoby wyrażające wolę przystąpienia do Umowy;
 3. wykazu osób, za które opłacono pierwszą składkę całkowitą;
 4. innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która uprzednio wyraziła zgodę na zawarcie na jej rzecz Umowy ubezpieczenia pod warunkiem złożenia deklaracji i opłacenia składki.
3. Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust.1, w znaczący sposób różnią się od tych, na podstawie, których Towarzystwo przygotowało propozycję ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 14 dni od dostarczenia wyżej wymienionych dokumentów, zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.
5. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu pierwszą składkę całkowitą w pełnej wysokości.
6. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
7. Umowa zawierana jest pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na okres jednego roku liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia,
8. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym, że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy na kolejny okres roczny.
9. Umowy Dodatkowe mogą być zawierane w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.

10. Umowa Dodatkowa zawierana jest na okres roczny z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
11. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, dopuszcza się utworzenie podgrup Ubezpieczonych, zróżnicowanych pod względem zakresu odpowiedzialności i innych warunków ubezpieczenia, przy zastosowaniu zaakceptowanych przez Towarzystwo kryteriów podziału na podgrupy.
12. Ubezpieczony w danym czasie może być objęty ubezpieczeniem w ramach jednej podgrupy, z zastrzeżeniem, że zmianę podgrupy można dokonać tylko w rocznicę Polisy.

Artykuł V

Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która:
 1. jest Pracownikiem Ubezpieczającego albo Współmałżonkiem/Konkubentem/Pełnoletnim Dzieckiem Pracownika;
 2. nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, z zastrzeżeniem ust.2;
 3. spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz podane w Polisie.
2. Do Umowy może przystąpić osoba, która spełniła warunki wymienione w ust.1 pkt.1 i pkt.3 oraz która w dacie zawarcia Umowy przebywa na zwolnieniu pod warunkiem, że wcześniejsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana i ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się nie później niż na 30 dni przed datą przystąpienia.
3. Za datę nabycia przez osobę przystępującą do Umowy prawa do przystąpienia – uważa się datę początku okresu ubezpieczenia albo najbliższy termin należności składki następujący po dacie zatrudnienia Pracownika, w którym spełnione zostały warunki wymienione w ust.1.
4. Jeżeli data zatrudnienia Pracownika przypada na dzień należności składki, za datę nabycia prawa do przystąpienia uważa się ten dzień, o ile spełnione zostały warunki wymienione w ust.1
5. Za datę nabycia prawa do przystąpienia Współmałżonka/Konkubenta/ Pełnoletniego Dziecka Pracownika uważa się datę przystąpienia Pracownika lub najbliższy termin należności składki następujący po późniejszej z dat:
 1. zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania Współmałżonka;
 2. złożenia odpowiedniego oświadczenia – w przypadku przystępowania Konkubenta;
 3. ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania Pełnoletniego Dziecka.
6. Osoba przystępująca do Umowy składa deklarację oraz inne dokumenty wymagane przez Towarzystwo. Przystępując do Umowy ubezpieczenia i podpisując deklarację, Ubezpieczony wyraża jednocześnie zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową.
7. Za datę przystąpienia osoby do Umowy przyjmuje się najbliższy termin należności składki przypadający po dniu podpisania przez nią deklaracji.
8. Jeżeli wnioskowana suma ubezpieczenia przekracza określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.
9. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgłoszonej do Umowy osoby lub zaproponować inne warunki ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.
10. W przypadku nie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę w pełnej wysokości.
11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo proponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które w dniu zawarcia Umowy miały ukończony 65 rok życia.
12. Do Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia wymienione w Art. III ust 3 pkt.4-6,10-17, 27-28 oraz 30-31 może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.
13. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.
14. W przypadku przedłużenia Umowy na kolejny okres, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji, o ile zaproponowane zmiany nie naruszają praw Ubezpieczonego i Uposażonego, co do sum ubezpieczenia.

Artykuł VI

Zawieszenie opłacania składek

1. Zawieszenie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego i obowiązuje od najbliższego terminu należności składki przypadającego po dacie akceptacji przez Towarzystwo wniosku złożonego w tej sprawie. Maksymalny okres, na jaki opłacanie składek ochronnych może zostać zawieszona wynosi 36 miesięcy.

2. W okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, a składka nie jest należna.
3. Wznowienie opłacania składek ochronnych następuje na wniosek Ubezpieczającego z zastosowaniem 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty wznowienia odpowiedzialności Towarzystwa, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka - 9 miesięcy.
4. W przypadku wznowienia opłacania składek, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem odpowiedzialności Towarzystwa, odbiega od ryzyka, na podstawie, którego ustalono warunki ubezpieczenia przed zawieszeniem opłacania składek ochronnych.
5. Wznowienie odpowiedzialności po okresie zawieszenia opłacania składek ochronnych następuje począwszy od najbliższego terminu należności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienie odpowiedzialności oraz po opłaceniu składki całkowitej za okres udzielanej ochrony, z zastrzeżeniem ust.3.

Artykuł VII

Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany:
 1. udostępnić Ubezpieczonemu, przed zebraniem od nich deklaracji, OWU będące podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 2. przekazywać do Towarzystwa deklaracje osób przystępujących do Umowy;
 3. udostępniać Ubezpieczonemu Polisę;
 4. informować Towarzystwo o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;
 5. przekazywać do Towarzystwa w uzgodnionych terminach składki całkowite;
 6. przekazywać do Towarzystwa, jednocześnie z przekazaniem składki całkowitej, rozliczenia składek wraz z odpowiednimi wykazami Ubezpieczonych, którzy przystąpili lub wystąpili z Umowy;
 7. przekazywać na wniosek Towarzystwa inne dokumenty;
 8. wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie przez Ubezpieczającego zobowiązań będących treścią Umowy oraz poinformować Ubezpieczonych i Towarzystwo o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.
2. Towarzystwo jest zobowiązane:
 1. prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane Umową;
 2. przekazywać Ubezpieczającemu pisemne informacje dotyczące zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu Umowy;
 3. informować Ubezpieczonych o zmianach warunków Umowy dotyczących zakresu ochrony oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek;
 4. informować Ubezpieczonemu i Uposażonym o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o ile zdarzenie zostanie zgłoszone;
 5. zawiadamiać Uposażonych, którzy zgłosili roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
 6. udostępniać Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz Uposażonym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość zobowiązań z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust.3.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo nieudostępniania informacji i dokumentów, których udostępnienie byłoby sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez Towarzystwo.

Artykuł VIII

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 3. miesięcznego okresu wypowiedzenia z zastrzeżeniem Art. IV ust.8.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
3. Okres wypowiedzenia Umowy rozpoczyna się w 1. dniu miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
4. W przypadku nieterminowego opłacenia składek, Umowa ulega rozwiązaniu z upływem dodatkowego terminu wskazanego przez Towarzystwo w pisemnym wezwaniu do zapłaty.
5. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych.
6. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.

7. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu Polisy.
9. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IX Zmiany Umowy

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany Umów są dokonywane w drodze ustaleń pomiędzy stronami i potwierdzane w formie pisemnej, z wyjątkiem zmian, których dopuszczalny zakres określono w Polisie.
3. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego którejkolwiek z Umów Dodatkowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do 14-dniowego terminu na przedstawienie Ubezpieczającemu wysokości nowej składki.
4. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak wiek, płeć i wysokość wynagrodzenia osób w grupie, wykonywane zawody oraz liczebność grupy), Towarzystwo ustala zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, kryterium podziału na podgrupy, obowiązujące w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą Polisy.
5. Nie wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki do dnia rocznicy Polisy, jest równoznaczne ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nie przedłużaniu Umowy na kolejny rok polisowy.
6. Na 30 dni przed każdą rocznicą Polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres odpowiedzialności, wysokości sum ubezpieczenia i składki, częstotliwość opłacania składek, kryterium podziału na podgrupy.
7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy, suma ubezpieczenia przekroczy określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym do żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i do kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na podwyższenie sum ubezpieczenia powyżej limitu automatycznej akceptacji lub zaproponować odmienne warunki ubezpieczenia.

Artykuł X Składki

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości wynagrodzeń, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do Umowy.
3. Wysokość składek należnych z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych potwierdzone są w Polisie.
4. Składki z tytułu Umów Dodatkowych opłacane są wraz ze składką ochronną z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składki należne mogą pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego.
6. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą następnego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo kwotą w wysokości należnej składki całkowitej.
7. Składki mogą być płatne z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Terminy płatności, prolongata, wysokości składek oraz częstotliwość ich opłacania określone są w Polisie.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki całkowitej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym wezwaniu oraz poinformuje go o skutkach niezapłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
9. Skutkiem niezapłacenia składki całkowitej może być rozwiązanie Umowy lub zawieszenie odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Skutki, o których mowa w ust.9 powstają z upływem terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty.
11. W przypadku zaległości w opłacaniu składek, wpłacane kwoty przeznaczone są na pierwszą zaległą składkę, z zastrzeżeniem Art. VI.

Artykuł XI

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty wskazanej w certyfikacie, z zastrzeżeniem postanowień Art. XII.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 1. otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy;
 2. śmierci Ubezpieczonego;
 3. upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę w przypadku:
 - 1) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy;
 - 2) ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 4. wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej lub niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 5. upływu okresu trwania Umowy ubezpieczenia w przypadku jej nieprzedłużenia;
 6. upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 7. upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty zaległej składki.
3. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonych będących Współmałżonkiem, Konkubentem lub Pełnoletnim Dzieckiem Pracownika, ustaje:
 1. z końcem odpowiedzialności w stosunku do Pracownika;
 2. w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego/konkubinatu Pracownika. Oświadczenie takie Pracownik ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się w dniu:
 1. rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 2. upływu okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.
5. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umów Dodatkowych, obejmujących swym zakresem zdarzenia wymienione w Art. III ust. 3 pkt.4 - 6, 10 -17, 27 oraz 30-31, kończy się w dniu rocznicy Polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia może zostać wznowiona z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w przypadku uzupełnienia zaległości w opłacaniu składek całkowitych przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

Artykuł XII

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 1. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, terroryzmu, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 2. popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 3. prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających;
 4. samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
3. O ile Umowa Dodatkowa tak stanowi, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w następstwie:
 1. prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
 2. spożycia lub spożywania alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza;
 3. samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 4. poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.
4. Karencję stosuje się w podanych poniżej okresach licząc od dnia przystąpienia do Umowy Dodatkowej, dla wymienionych zdarzeń będących przedmiotem odpowiednich Umów Dodatkowych:
 1. 30 dni – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Dziecka w szpitalu;
 2. 90 dni – operacje chirurgiczne, poważna choroba Współmałżonka, poważna choroba Dziecka, rehabilitacja medyczna, chirurgia jednego dnia.
5. Ponadto karencje z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się dla osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku Umowy Dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka - 9 miesięcy.

6. W przypadkach karencji opisanych w ust.4 stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, upływ karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia a datą przystąpienia do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 30 dni. Niezależnie od powyższego, karencję stosuje się do nadwyżki sumy ubezpieczenia oraz rozszerzonego zakresu ochrony, w stosunku do tych, które obowiązywały z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Artykuł XIII

Wypłata świadczenia

1. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Uposażony składa do Towarzystwa:
 1. wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 2. certyfikat;
 3. potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 4. akt zgonu Ubezpieczonego;
 5. kartę zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 6. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
2. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust.1.
3. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust.3.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zdarzeniem, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość jednego, najwyższego świadczenia z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, należnego w związku z tym zdarzeniem, o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej.
7. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie 3 lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 2) Ubezpieczony lub Uposażony nie dostarczył dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł XIV

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust.3 pkt.1-4 przysługuje Uposażonemu, z zastrzeżeniem ust.9.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust.3. pkt.5-25 oraz pkt.29-31 przysługuje Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust.9.
3. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych w ramach, których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. III ust.3. pkt.27-28 w zależności od wybranego zakresu ochrony przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, określonego zgodnie z definicją odpowiednich Umów Dodatkowych.
4. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmieniać, składając oświadczenie w formie pisemnej.
5. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust.4.
6. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu.

7. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust.7 oraz ust.9,
9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem Umowy.

Artykuł XV

Umowy Dodatkowe

O ile postanowienia niniejszego Artykułu nie stanowią inaczej, postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (Umowy Podstawowej) stosuje się odpowiednio do Umów Dodatkowych.

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) kartę wypadku sporządzoną przez Ubezpieczającego;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.3.

5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

3. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 pkt.1-3 lub za skutki nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, który powstał w następstwie:
 - 1) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 2) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym, takich jak: sporty lotnicze, motorowe czy motorowodne lub podczas udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji, a śmiercią Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanych poniżej, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej:
 - 1) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile wszystkie powyższe objawy wystąpią łącznie albo zawał serca zostanie potwierdzony badaniem sekcyjnym;
 - 2) **udar mózgu** – trwale uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu. Towarzystwo wypłaci świadczenie o ile zostanie spełniona definicja udaru mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 pkt.2-4.
 4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 5) kartę zgonu Ubezpieczonego albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na życzenie Towarzystwa.
 5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.4.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
 8. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należna z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt.9.
 9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 30 dni od zajścia tego zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo pomniejszy kwotę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu o kwotę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłaconego w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu.
5. **Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy.
 3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.
 5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą niezdolność do pracy zarobkowej;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.5 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
 7. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

8. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.

6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy zarobkowej.
2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy.
3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek uszkodzeń ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą niezdolność do pracy zarobkowej;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.5 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.
8. Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

7. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant II oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Kończyny górne	
Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata wszystkich palców ręki	40%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%

Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Utrata palucha	5%
Utrata wszystkich palców stopy	15%
Niedowład czterokończynowy	100%

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie z pkt.13 bądź pkt.14.
 5. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 6. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarza leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 7. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 8. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.7 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.9.
 9. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 10. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
 11. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.7.
 12. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
 13. Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 14. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
 15. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
 16. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt.2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
8. **Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwym wypadku.
 2. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów	
Utrata wzroku w obu oczach	100%

Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%
Głowa	
Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
- na powierzchni 6 cm kw.	30%
- na pow. od 3 do 6 cm kw.	20%
- na pow. mniejszej niż 3 cm kw.	10%
Kończyny górne	
Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)	
- o co najmniej 5 cm	30%
- od 3 do 5 cm	20%
- od 1 do 3 cm	10%
Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%
Porażenie czterokończynowe	100%
Porażenia nerwów	
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
Klatka piersiowa	
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%

Uszkodzenie płuc i opłucnej	
- bez niewydolności oddechowej	5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%
Jama brzuszna	
Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% mięszu)	20%
Narządy moczopłciowe	
Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%
Utrata macicy	
- u osoby do 45 roku życia	40%
- u osoby powyżej 45 roku życia	20%

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie odpowiednio z pkt.13 bądź pkt.14.
- Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
- W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
- Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
- Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.7 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.9.
- Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
- Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
- Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.7.
- Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
- Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
- Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

15. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
 16. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt.2 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
9. **Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku- Wariant II.
 2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
 4. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 5. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.6 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.8.
 8. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 9. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 10. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 4 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.6.
 12. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 14. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 15. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
10. **Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wymienionych i zdefiniowanych chorób:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zątem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału

- mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 2) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca.
- Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3.
 3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.4. oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.6.
 6. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 7. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 8. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub udarem mózgu.
 9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 4 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.4.
 10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po zawale serca lub udarze mózgu.
 11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 13. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał powyższych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 14. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 15. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.

11. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, którego rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;

- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
- 3) **choroba Creutzfelda-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyniowych, krwaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
- 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
- 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina);
- 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
- 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
- 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
- 14) **zakażenie wirusem HIV:**
 - a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 15) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca

zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1, ppkt 1), 3)- 4), 6)-8) oraz 12) – 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt.1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11).
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 lub, jeżeli poważna choroba powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt.1.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt.5.
5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt.1, bądź wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt.1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe, lub wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt.5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. W przypadku kolejnej poważnej choroby Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
8. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tą samą wymienioną i zdefiniowaną poważną chorobą Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt.1.
9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w pkt.1. ppkt 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.11.
13. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni od:
 - 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1, ppkt 1), 3)- 4), 6)-8) oraz 12) – 15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt.1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11)Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego.
14. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnym z tytułu wszystkich poszczególnych Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie Dziecka, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz pomoc medyczną w kraju, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.

12. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
 - e) Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
 - 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
 - 3) **choroba Creutzfelda-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
 - 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyniowych, krwaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Współmałżonka. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina);
 - 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
 - 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
 - 14) **zakażenie wirusem HIV:**

- a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 15) **zawał serca** - pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
- 2. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1, ppkt 1), 3)- 4), 6)-8) oraz 12) – 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt.1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11).
 - 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Współmałżonka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka lub jeżeli poważna choroba Współmałżonka powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt.1.14)
 - 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Współmałżonka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt.5.
 - 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt.1, bądź wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt.1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe, lub wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Współmałżonka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Współmałżonka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Współmałżonka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
 - 6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt.5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 - 7. W przypadku kolejnej poważnej choroby Współmałżonka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
 - 8. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Współmałżonka, spośród wymienionych w pkt.1.
 - 9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Współmałżonek:
 - 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
 - 10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby u Współmałżonka;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt.1 ppkt.14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 - 11. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 - 12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.11.

13. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie 30 dni od:
- 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1, ppkt1), 3)- 4), 6)-8) oraz 12) – 15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt.1, ppkt2),5) oraz 9) – 11);
- Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Współmałżonka pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Współmałżonka.

13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - 1) **cukrzyca** - przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - 2) **dystrofia mięśniowa** - postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia;
 - 3) **guzy śródczaszkowe** - wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) malformacje naczyniowe;
 - b) nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
 - c) torbiele;
 - d) guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm.
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki;
Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatrucia, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ;
 - 5) **niewydolność wątroby** – krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczką i wodobrzuszą, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;
 - 6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3 oraz wszelkie zmiany przedrunkowe;
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
 - d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnkomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - 7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 8) **śpiączka** - stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, przez co najmniej 6 miesięcy;
 - 9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzy tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust.3 i dotyczących Dziecka lub jeżeli poważna choroba Dziecka powstała w następstwie:
 - 1) pozostawiania Dziecka pod wpływem leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt.1.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Dziecka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt.5.
5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt.1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe, zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
6. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt.5, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. W przypadku kolejnej poważnej choroby Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
8. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Dziecka, spośród wymienionych w pkt.1.
9. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Dziecko nie poddało się/nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt urodzenia dziecka lub dokument potwierdzający tożsamość Dziecka;
 - 4) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie u Dziecka poważnej choroby;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt.1 ppkt.9), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.11.
13. W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni od daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt.1, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Dziecka pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu poważnej choroby Dziecka.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
2. W przypadku poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.

3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 zostanie przyznane, jeżeli operacja została przeprowadzona w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 lub jeżeli operacja była następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 4) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa.
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną:
 - 1) poddania się leczeniu stomatologicznemu, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcie ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która została zalecona lub o której postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt.6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji, miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej operacji;
 - 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danej operacji zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia danej operacji a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 30 dni.
7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w pkt.6, Towarzystwo wypłaci niższą z kwot: świadczenia należnego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia albo świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
8. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt.2. jest najwyższa.
9. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt.2. i pkt.8. jest najwyższa.
10. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 4) zaświadczenie o przebyciu operacji chirurgicznej,
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10.
12. W przypadku, gdy operacja chirurgiczna przeprowadzona u Ubezpieczonego jest jednocześnie zabiegiem chirurgii jednego dnia w świetle postanowień Umowy Dodatkowej dotyczącej chirurgii jednego dnia, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i Umowy Dodatkowej dotyczącej Chirurgii Jednego Dnia w stosunku do tej operacji/zabiegu w wyższej z należnych Ubezpieczonemu wysokości świadczenia.

15. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt.2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt.3. i 4., w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt. 1-2 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił w wyniku:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - 7) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 8) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa;
 - 9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
10. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
11. W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego ciążą, poza pobytami związanymi z porodem, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w czasie trwania 1 ciąży.
12. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
13. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
14. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt.3.

15. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
16. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt.15;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
17. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.16.
- 16. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**
 1. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt.2, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt.3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
 7. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 9. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 10. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
 11. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt.10.
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 12. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.11.

17. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt.2, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-3 oraz ust. 3 i dotyczyły Współmałżonka lub będących następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Współmałżonka związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30 dniowego okresu pobytu w szpitalu.
10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie Współmałżonka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt.9;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.10.

18. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt w szpitalu Dziecka, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
2. W przypadku pobytu w szpitalu Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1 pkt.1-2 oraz ust. 3 i odnoszących się do Dziecka lub będących następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

- 5) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 6) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa.
4. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
5. W ciągu jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
7. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - 3) akt urodzenia Dziecka lub dokument potwierdzający tożsamość Dziecka;
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt Dziecka w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie szpitalne Dziecka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt.7.;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.8.

19. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt.1 i odnoszącą się do Współmałżonka.
3. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) akt zgonu Współmałżonka;
 - 5) kartę zgonu Współmałżonka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.3.

20. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt.1-3 oraz ust. 3. i odnoszącą się do Współmałżonka.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) akt zgonu Współmałżonka;
 - 5) kartę zgonu Współmałżonka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;

- 6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwa decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.5.

21. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust.1 pkt.1 i odnoszącą się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt zgonu Rodzica;
 - 4) kartę zgonu Rodzica albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Rodzica;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwa decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.4.

22. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt.1 i odnoszącą się do Teściów.
3. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, o ile Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony, składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) akt zgonu Teścia;
 - 5) kartę zgonu Teścia albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Teścia;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.6.

23. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
2. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt urodzenia Dziecka lub dokumentację potwierdzającą przysposobienie Dziecka;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.3.

24. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. W przypadku urodzenia Dziecka martwego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:

- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt urodzenia dziecka;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.2, gdzie potwierdzeniem urodzenia się martwego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.

25. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:
Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat.
2. W przypadku śmierci Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. XII ust. 1 pkt.1 i odnoszącą się do Dziecka.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) akt zgonu Dziecka;
 - 4) kartę zgonu Dziecka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Dziecka;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.4.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje :
 - 1) **Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy;
 - 2) **niezdolność do pracy** - całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Dziecko Ubezpieczonego składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) certyfikat;
 - 3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 4) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.4.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję :
Współubezpieczony – Współmałżonek albo Konkubent Ubezpieczonego w wieku do 65 lat, a także Dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 18 roku życia, a jeżeli uczęszczają do szkoły i pozostają na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego - w wieku do 25 lat. Wszyscy Współubezpieczeni muszą być wskazani imiennie w deklaracji.
2. W ramach Umowy Dodatkowej Towarzystwo udziela ochrony:
 - 1) tylko Ubezpieczonemu – w przypadku wyboru pakietu indywidualnego;
 - 2) Ubezpieczonemu oraz Współubezpieczonym – w przypadku wyboru pakietu rodzinnego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje, w zależności od wybranego pakietu i wariantu, pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Partnera Medycznego na rzecz Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych.

5. Za zgodą Towarzystwa, możliwe jest zawarcie Umowy Dodatkowej, w której zakres świadczeń zdrowotnych będzie się różnił pomiędzy podgrupami Ubezpieczonych.
6. Wariant zakresu świadczeń zdrowotnych oraz wybrany pakiet (indywidualny albo rodzinny) podane są w certyfikacie.
7. Zakresem odpowiedzialności objęte są jedynie świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku do Umowy Ubezpieczenia wykonywane w placówkach Partnera Medycznego w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Współubezpieczonego kończy się we wcześniejszej z dat:
 - 1) ustania odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego;
 - 2) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez
 - a) Współmałżonka albo Konkubenta 65 lat;
 - b) Dziecko - 18 lat, a jeżeli uczęszcza do szkoły i pozostaje na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego - 25 lat.
9. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku pokrywania kosztów świadczeń zdrowotnych, jeśli potrzeba ich wykonania wynika bezpośrednio lub pośrednio z:
 - 1) diagnostyki i leczenia bezpłodności, wad wrodzonych oraz urazów okołoporodowych;
 - 2) alkoholizmu, narkomanii i nadużywania leków, jak również stanów powstałych w następstwie nadużycia alkoholu lub środków odurzających;
 - 3) zabiegów kosmetycznych, chirurgii estetycznej, zabiegów akupunktury oraz bioenergoterapii;
 - 4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka ponad zgodny z zakresem usług standardowy zakres świadczeń należnych w ciąży;
 - 5) diagnostyki i leczenia, które nie zawierają się w opartych o „medycynę faktów” standardach medycznych;
 - 6) pogorszenia stanu zdrowia wywołanego świadomym zaniedbaniem lub niepodjęciem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych działań profilaktycznych mogących pozytywnie zmodyfikować przebieg schorzenia, jeśli konieczność ich podjęcia była przekazana Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonym jako zalecenie lekarskie;
 - 7) sytuacji wymagających działań w stosunku do Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycyny ratunkowej realizowanych przez pogotowie ratunkowe (karetka reanimacyjne, karetka wypadkowe).
10. Towarzystwo pokryje koszty świadczeń zdrowotnych jedynie do wysokości odpowiadającej rocznej składce należnej z tytułu Umowy Dodatkowej za danego Ubezpieczonego w przypadku, kiedy udzielanie świadczeń zdrowotnych związane było z leczeniem:
 - 1) zaostrzeń chorób przewlekłych, które zaistniały przed zawarciem umowy;
 - 2) schorzeń onkologicznych;
 - 3) gruźlicy;
 - 4) infekcji HIV.
11. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku pokrywania kosztów badań i konsultacji zleconych przez lekarza innego niż pracownik lub konsultant Partnera Medycznego oraz wykonywanych na życzenie pacjenta bez wskazań medycznych.
12. Towarzystwo nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) błędów w sztuce lekarskiej;
 - 2) błędów wynikających z nienależytej prowadzonej przez Partnera Medycznego dokumentacji medycznej.
13. Świadczenia zdrowotne udzielane są Ubezpieczonemu i Współubezpieczonym zgodnie z wybranym wariantem zakresu świadczeń zdrowotnych oraz pakietem ubezpieczenia.
14. W razie potrzeby skorzystania ze świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony / Współubezpieczony powinien:
 - 1) skontaktować się z wybraną placówką Partnera Medycznego w celu uzgodnienia terminu wykonania świadczenia zdrowotnego;
 - 2) w uzgodnionym terminie zgłosić się do placówki Partnera Medycznego w celu realizacji świadczenia zdrowotnego;
 - 3) przedstawić w placówce Partnera Medycznego Kartę Identyfikacyjną wraz z dokumentem tożsamości;
 - 4) zastosować się do poleceń i wskazówek personelu placówki Partnera Medycznego.
15. Świadczenia zdrowotne realizowane są jedynie w placówkach własnych oraz współpracujących z Partnerem Medycznym.
16. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu Kart Identyfikacyjnych Ubezpieczonego, a przypadku pakietu rodzinnego, również dla jego Współubezpieczonych, niezwłocznie po ich otrzymaniu.
17. W przypadku utraty Karty Identyfikacyjnej Ubezpieczony / Współubezpieczony powinien pisemnie powiadomić o tym fakcie Towarzystwo.

28. Umowa Dodatkowa dotycząca pomocy medycznej w kraju

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Dziecko** - osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 2) **miejsce zamieszkania** - wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym listem poleconym CPG. Usługi medycznego assistance w nowym miejscu zamieszkania będą świadczone po upływie 48 godzin od wpłynięcia pisma do CPG;
 - 3) **nagle zachorowanie** - powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
 - 4) **osoba niesamodzielną** - osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki, nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 5) **opieka nad dzieckiem/ osobą niesamodzielną** - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa;
 - 6) **opieka nad zwierzętami domowymi** - opieka w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego polegająca na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego albo transport zwierzęcia do osoby wskazanej do opieki albo do najbliższego hotelu dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - 7) **osoba wskazana do opieki** - osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem, Osobą niesamodzielną lub zwierzętami domowymi. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad ww. osobami;
 - 8) **usługi medycznego assistance** - zorganizowanie przez CPG na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy medycznej, opieki nad ludźmi lub zwierzętami, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje pkt.5;
 - 9) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym;
 - 10) **zwierzęta domowe** - zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
4. W przypadku nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub zajścia nieszczęśliwego wypadku, CPG zobowiązuje się zorganizować na terenie Rzeczypospolitej Polskiej usługi medycznego assistance w zakresie i na zasadach niniejszej Umowy Dodatkowej.
5. Zakresem odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej objęte są:
 - 1) **Opieka medyczna** – zorganizowanie przez CPG, a także, tam gdzie jest to podane, pokrycie kosztów następujących usług, w zależności od potrzeby Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz decyzji lekarza CPG:
 - a) **wizyta lekarza** – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza, pod warunkiem, że miejsce pobytu jest oddalone od miejsca zamieszkania o co najmniej 50 km;
 - b) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego, pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, o ile wizyta została zlecona przez lekarza CPG (usługa obejmuje maksymalnie 7 wizyt w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG);
 - c) **transport medyczny** – zorganizowanie transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG oraz pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala, o wyborze placówki medycznej oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz CPG;
 - d) **transport medyczny powrotny** – zorganizowanie transportu ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego / Współubezpieczonego zaleconym przez lekarza CPG środkiem transportu i pokrycie kosztów tego transportu. O celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu, decyduje lekarz CPG;
 - e) **transport na komisję lekarską oraz transport powrotny** – zorganizowanie jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania na komisję lekarską oraz z powrotem, zalecanym przez lekarza lub pracownika CPG środkiem transportu (koszty transportu pokrywa Ubezpieczony);

- f) **dostarczenie leków** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków do miejsca pobytu, o ile zostało to zlecone przez lekarza CPG (bez kosztów leków);
- g) **zorganizowanie procesu rehabilitacji albo pomocy psychologa**, w zależności od wyboru Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - zorganizowanie procesu rehabilitacji – ustalenie przez lekarza CPG koniecznych zabiegów rehabilitacyjnych oraz ich liczby bez pokrycia kosztów tych zabiegów; transport rehabilitanta na miejsce zamieszkania Ubezpieczonego bądź transport Ubezpieczonego Współubezpieczonego do placówki medycznej, wraz z pokryciem kosztów transportu. Ubezpieczony / Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z nie więcej niż 3 usług transportu (w obie strony);
 - zorganizowanie pomocy psychologa – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów nie więcej niż 3 wizyt u wyznaczonego przez CPG psychologa.
- 2) **Opieka nad ludźmi** – w przypadku pobytu w szpitalu Ubezpieczonego będącego opiekunem osoby niesamodzielnej lub rodzicem Dziecka, CPG zorganizuje wybrane przez Ubezpieczonego usługi:
 - a) **opieka nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi** – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez pierwsze 3 dni od momentu poinformowania CPG o pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
 - b) **transport osoby wskazanej do opieki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki nad Osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - c) **transport osób niesamodzielnych lub Dzieci do osoby wskazanej do opieki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) osoby niesamodzielnej lub Dziecka do osoby wskazanej do opieki, bez organizacji opieki dla osoby niesamodzielnej lub Dziecka w trakcie podróży.
- 3) **Opieka nad zwierzętami** – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu oraz gdy z pisemnych informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż pobyt ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego bez opieki pozostaną zwierzęta domowe, CPG zorganizuje wybrane przez Ubezpieczonego usługi:
 - a) **opieka nad zwierzętami domowymi** – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez maksymalnie pierwsze 72 godziny od momentu rozpoczęcia się opieki nad zwierzętami;
 - b) **transport zwierząt domowych** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do hotelu dla zwierząt do kwoty 300 PLN.
- 4) **Infolinia Medyczna** – całodobowe usługi informacyjne w zakresie między innymi takich zagadnień jak:
 - a) krótka informacja medyczna o danym schorzeniu, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia, w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa;
 - b) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - c) krótka informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) - w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa;
 - d) informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju;
 - e) informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych;
 - f) informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych;
 - g) informacja o rekomendowanych placówkach leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznej).
- 6. W przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego (nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie) Ubezpieczony / Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance tylko jeden raz. Powyższe ograniczenie nie dotyczy usług Infolinii Medycznej.
- 7. Łączna wartość wszystkich usług medycznego assistance świadczonych w danym roku polisowym w stosunku do jednego Ubezpieczonego oraz Współubezpieczonych nie może przekraczać wartości sumy ubezpieczenia.
- 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1. pkt. 1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagle zachorowanie było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:
 - 1) leczeniem stomatologicznym, operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;

- 3) pobraniem narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
9. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia
- 1) w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Ubezpieczony, Współubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
 - 2) Ubezpieczony, Współubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna podać następujące dane:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer certyfikatu;
 - d) krótki opis zajścia zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym, Współubezpieczonym lub osobą przez niego wskazaną;
 - f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
 - 3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia, ważny certyfikat pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
 - 4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ppkt. 2). i 3). lub braku współpracy z obsługą CPG, CPG może odmówić organizacji świadczeń.
10. Refundacje
- 1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
 - 2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
 - 3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
 - 4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
 - 5) jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ppkt. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezzsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ppkt. 3).

29. Umowa Dodatkowa dotycząca drugiej opinii medycznej

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Best Doctors** - Best Doctors Inc., która mieści się pod adresem: One Boston Place, 32nd Floor Boston, Massachusetts, USA 02108, firma współpracująca z Towarzystwem w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 3) **druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
 - 4) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
 - 5) **lekarz uprawniony** - lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych niniejszą Umową Dodatkową.
2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje:
 - 1) sporządzenie drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b) przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c) przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;

- d) zapewnienia sporządzenia drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e) przetłumaczenia drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje.
- 2) Wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - 3) Zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
- 3. Ubezpieczony ma prawo do usług określonych w pkt. 2 ppkt. 2) i 3) o ile wcześniej została sporządzona dla niego druga opinia medyczna.
 - 4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
 - 5. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje proces zorganizowania usług określonych w pkt.2., natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
 - 6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia, o ile rozpoznano u niego chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia, a w szczególności:
 - 1) chorobę Alzheimera;
 - 2) chorobę neuronu ruchowego;
 - 3) chorobę Parkinsona;
 - 4) chorobę serca;
 - 5) niewydolność nerek;
 - 6) nowotwór;
 - 7) paraliż;
 - 8) poważne poparzenie;
 - 9) stwardnienie rozsiane;
 - 10) śpiączkę;
 - 11) transplantację organów;
 - 12) udar mózgu;
 - 13) utratę mowy;
 - 14) utratę słuchu;
 - 15) utratę wzroku;
 - 16) zakażenie wirusem HIV.
 - 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1. pkt.1-3 oraz ust. 3.
 - 8. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) chorób psychicznych, nerwic, zatrucia alkoholem, narkotykami bądź innymi środkami, odurzającymi;
 - 2) operacji plastycznych – kosmetycznych, z wyjątkiem leczenia oparzeń;
 - 3) przypadków związanych lub będących następstwem usuwania ciąży;
 - 4) leczenia i zabiegów dentystycznych;
 - 5) leczenia odwykowego.
 - 9. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer certyfikatu;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
 - 10. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
 - 11. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku, z którym Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie drugiej opinii medycznej.

12. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek zawarty w pkt.11.
13. W przypadku, gdy sporządzenie drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w pkt.12, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca chirurgii jednego dnia

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Chirurgia Jednego Dnia** – leczenie zabiegowe, niezbędne z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu, przeprowadzone w trakcie trwającego nie dłużej niż 3 dni leczenia Ubezpieczonego w szpitalu, w placówce Partnera Medycznego lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wykonujący zabiegi chirurgiczne w warunkach ambulatoryjnych;
 - 2) **Formularz Potwierdzenia Odpowiedzialności**- dokument wystawiany przez Towarzystwo, określający aktualny poziom i okres odpowiedzialności Towarzystwa będący zobowiązaniem do pokrycia kosztów leczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie w okresie odpowiedzialności Towarzystwa następujących zabiegów chirurgii jednego dnia:
 - 1) artroskopia;
 - 2) chirurgiczna tamponada nosa;
 - 3) endoskopowy zabieg terapeutyczny w obrębie krtani;
 - 4) konizacja szyjki macicy;
 - 5) nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przezdunastniczego;
 - 6) operacja gruczołu Bartholína;
 - 7) operacja hemoroidów;
 - 8) operacja jaskry;
 - 9) operacja napletka;
 - 10) operacja nosa;
 - 11) operacja okolicy odbytu;
 - 12) operacja paznokcia / łożyska / wału paznokciowego;
 - 13) operacja sutka – ginekomastia;
 - 14) operacja zaćmy;
 - 15) operacja żyłaków podudzi;
 - 16) przezcewkowa operacja gruczołu krokowego;
 - 17) rozszerzenie cewki moczowej lub jej kalibracja;
 - 18) usunięcie ciała obcego z rogówki;
 - 19) usunięcie ganglionu dołu podkolanowego;
 - 20) usunięcie ganglionu nadgarstka;
 - 21) usunięcie kamieni z dróg moczowych;
 - 22) usunięcie tłuszczaka / włókniaka / kaszaka;
 - 23) usunięcie torbieli pilonidalnej;
 - 24) usunięcie torbieli szyi;
 - 25) usunięcie zmiany skórnej;
 - 26) wycięcie migdałków podniebiennych;
 - 27) wyłżeczowanie jamy macicy.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej lub w dniu upływu terminu wskazanego w Formularzu Potwierdzenia Odpowiedzialności.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia zabiegu chirurgii jednego dnia nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1. pkt.1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli była bezpośrednio lub pośrednio spowodowana:
 - 1) chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) udziałem w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa;
 - 4) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje zabiegów chirurgii jednego dnia:
 - 1) które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) których przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej;

- 3) których wykonanie wymaga działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycyny ratunkowej.
 6. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na pokryciu kosztu zabiegu chirurgii jednego dnia przeprowadzonego w placówce Partnera Medycznego albo na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na wykonanie zabiegu chirurgii jednego dnia poza siecią Partnerów Medycznych.
 7. Świadczenie polegające na pokryciu kosztu zabiegu chirurgii jednego dnia spełniane jest poprzez wystawienie Ubezpieczonemu Formularza Potwierdzenia Odpowiedzialności, będącego zobowiązaniem Towarzystwa do pokrycia kosztów leczenia i określającego ich maksymalną wysokość. Ubezpieczony ma obowiązek przedłożenia Formularza w placówce Partnera Medycznego, w której będzie miał wykonywany zabieg.
 8. Świadczenie polegające na refundacji kosztu zabiegu wykonanego poza placówką Partnera Medycznego spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztu tego zabiegu, z zastrzeżeniem postanowień pkt.10 i 11.
 9. W celu otrzymania świadczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia w Towarzystwie następujących dokumentów:
 - 1) formularza zgłoszenia roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę, dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg jest skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 4) kopię wydanego przez lekarza skierowania na zabieg;
 - 5) w przypadku wniosku o pokrycie kosztu zabiegu w placówce Partnera Medycznego -kopię zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonania planowanego zabiegu;
 - 6) w przypadku wniosku o refundację kosztów zabiegu wykonanego poza placówką Partnera Medycznego - fakturę za zabieg chirurgii jednego dnia.
 10. W przypadku refundacji kosztu zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, niż wymienione w pkt.8.
 11. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, łącznie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w certyfikacie. Wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekroczyć 50 % sumy ubezpieczenia.
 12. W przypadku, gdy zabieg chirurgii jednego dnia przeprowadzony u Ubezpieczonego jest jednocześnie operacją chirurgiczną w świetle postanowień Umowy Dodatkowej dotyczącej Operacji Chirurgicznych, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i Umowy Dodatkowej dotyczącej Operacji Chirurgicznych w stosunku do tego zabiegu / operacji, w wyższej z należnych Ubezpieczonemu wysokości świadczenia.
31. **Umowa Dodatkowa dotycząca rehabilitacji medycznej**
1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Formularz Potwierdzenia Odpowiedzialności** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, określający aktualny poziom i okres odpowiedzialności Towarzystwa, będący zobowiązaniem do pokrycia kosztów rehabilitacji medycznej;
 - 2) **placówka rehabilitacyjna** - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Pojęcie „placówka rehabilitacyjna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum lub ośrodka wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 3) **rehabilitacja** - integralna część leczenia poszpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia szpitalnego, którego jest następstwem.
 2. Zakres odpowiedzialności obejmuje:
 - 1) zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu;
 - 2) konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
 - 3) konsultację lekarza rehabilitacji z końcową ocenę stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.
 3. Zakres odpowiedzialności nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych:
 - 1) które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;

- 2) których wykonanie wymaga działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli konieczność przeprowadzenia rehabilitacji nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. XII ust. 1. pkt.1-3 oraz ust. 3 lub jeżeli była bezpośrednią lub pośrednio spowodowana:
 - 1) chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) udziałem w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, sportów walki, skoków na linie (bungee jumping), kaskaderstwa;
 - 4) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. W przypadku, kiedy leczenie realizowane było w warunkach stacjonarnych, Towarzystwo nie pokrywa kosztów pobytu w ośrodku tj. kosztów noclegów i wyżywienia, a jedynie koszty przeprowadzonych zabiegów.
6. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.
7. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej polega na pokryciu kosztów rehabilitacji przeprowadzonej w placówce Partnera Medycznego albo na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację poza placówką Partnera Medycznego.
8. Świadczenie polegające na pokryciu kosztów rehabilitacji spełniane jest poprzez wystawienie Ubezpieczonemu Formularza Potwierdzenia Odpowiedzialności, będącego zobowiązaniem Towarzystwa do pokrycia kosztów rehabilitacji i określającego ich maksymalną wysokość. Ubezpieczony ma obowiązek przedłożenia Formularza w placówce Partnera Medycznego w której przeprowadzana będzie rehabilitacja.
9. Świadczenie polegające na refundacji kosztów rehabilitacji wykonanej poza placówką Partnera Medycznego spełniane jest poprzez wypłatę Ubezpieczonemu kwoty stanowiącej równowartość kosztów rehabilitacji, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
10. W celu otrzymania świadczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia w Towarzystwie następujących dokumentów:
 - 1) formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę, dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli zabieg jest skutkiem doznanego urazu, itp.);
 - 4) kopię wydanego przez lekarza skierowania na rehabilitację;
 - 5) w przypadku wniosku o pokrycie kosztów rehabilitacji w placówce Partnera Medycznego - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem ma być leczenie rehabilitacyjne;
 - 6) w przypadku wniosku o refundację kosztów rehabilitacji wykonanej poza placówką Partnera Medycznego - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, którego następstwem było leczenie rehabilitacyjne oraz fakturę / faktury za rehabilitację.
11. W przypadku refundacji kosztów rehabilitacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych informacji i dokumentów, niż wymienione w pkt.10 pkt.4 i.5, jeżeli charakter sprawy i konieczność dokonania istotnych ustaleń faktycznych tego wymaga.
12. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za maksymalnie dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w certyfikacie. Wysokość świadczenia z tytułu jednego zdarzenia nie może przekraczać 65 % sumy ubezpieczenia.

Artykuł XVI

Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Dodaje się następujące pojęcia:
 1. **alokacja** – określony w polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa;
 2. **cena nabycia jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;
 3. **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;
 4. **dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne pochodzące ze środków Ubezpieczonego;
 5. **fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;

6. **podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki pochodzące ze środków Ubezpieczającego i wpłacane na rzecz Ubezpieczonego;
 7. **składka doraźna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;
 8. **wartość dodatkowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 9. **wartość podstawowa** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.
2. Zakres Umowy Dodatkowej
 1. Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako składka inwestycyjna i składka doraźna.
 2. Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.
 3. Cel, o którym mowa w pkt.1 realizowany jest od późniejszej z dat:
 - 1) określonego w certyfikacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;
 - 2) opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
 4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość podstawowa lub wartość dodatkowa jest wartością dodatnią.
 3. Składki
 1. Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna za Ubezpieczonego stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.
 2. W każdym czasie, z wykluczeniem okresu zawieszenia opłacania składki ochronnej, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
 3. Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia stosownej treści osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
 4. Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
 5. Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.
 6. Zawieszenie, o którym mowa w pkt.5, następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 7. Niezależnie od innych postanowień, zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej obowiązuje w okresie zawieszenia opłacania składki ochronnej.
 8. Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu, następuje od najbliższego terminu należności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
 9. Składka inwestycyjna przestaje być opłacana w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy.
 4. Fundusze
 1. W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
 2. Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, w odpowiednich częściach, jedynie do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
 3. Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
 4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
 5. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.
 6. Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się o nie więcej niż 1%.
 7. Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.

8. Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek
 1. W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunki jednostek uczestnictwa, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
 2. Po wpłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczającego nabywane są jednostki uczestnictwa na podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 3. Po wpłaceniu składki inwestycyjnej pochodzącej ze środków Ubezpieczonego nabywane są jednostki uczestnictwa na dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 4. Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa.
 5. Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
 6. W pierwszym dniu każdego miesiąca polisy Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną za każdego Ubezpieczonego.
 7. Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z podstawowego albo dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w polisie. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości podstawowej lub dodatkowej.
6. Zmiany funduszy
 1. Ubezpieczający i Ubezpieczony określają podział wpłacanej ze swoich środków składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
 2. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo zmienić podział wpłacanej ze swoich środków składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zmiana podziału składki inwestycyjnej ma zastosowanie od pierwszego terminu należności składki następującego po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
 3. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie pierwszej w danym roku polisowym zmiany podziału składki inwestycyjnej. Dokonanie każdej kolejnej zmiany podziału składki inwestycyjnej podlega opłacie określonej w Tabeli opat i limitów.
 4. Opłata za kolejne zmiany podziału składki inwestycyjnej jest pobierana poprzez umorzenie jednostek na rachunku, którego zmiana dotyczy. Liczba umorzonych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 5. Ponadto:
 - 1) Ubezpieczający ma prawo określenia, dla wskazanych Ubezpieczonych, procentu liczby jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu, znajdujących się na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa, który zostanie przeniesiony do wybranego funduszu;
 - 2) Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu procentu liczby jednostek uczestnictwa, znajdujących się na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
 6. W sytuacji, o której mowa w pkt.5., przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki z dnia następnego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 7. Pierwsze w roku polisowym przeniesienie dokonane odpowiednio z rachunku podstawowego i dodatkowego nie podlega dodatkowej opłacie. Każde kolejne w roku polisowym przeniesienie podlega opłacie określonej w Tabeli opat i limitów.
 8. Opłata za kolejne w roku polisowym przeniesienia naliczana jest poprzez pomniejszenie kwoty wartości przenoszonych jednostek o kwotę opłaty. Do obliczenia wartości przenoszonych jednostek stosuje się

cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.

9. Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa.
10. Towarzystwo dokonuje zmian w funduszach po otrzymaniu pisemnego oświadczenia odpowiednio od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

7. Wypłaty

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości podstawowej i wartości dodatkowej.
2. W sytuacji, o której mowa w pkt.1, do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia.
3. Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w pkt.1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty.
4. Do daty osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do rozporządzania wartością podstawową przysługuje Ubezpieczającemu, z zastrzeżeniem postanowień pkt.9. i 10.
5. W stosunku do każdego Ubezpieczonego w okresie 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta jest data początku jego ochrony ubezpieczeniowej, wyklucza się wypłatę wartości podstawowej.
6. Z datą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do wartości podstawowej przysługuje Ubezpieczonemu.
7. Prawo do wartości dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
8. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym i przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień pkt.5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy.
9. W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę manipulacyjną, z zastrzeżeniem postanowień pkt.5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę manipulacyjną.
10. W przypadku wygaśnięcia Umowy Dodatkowej wskutek jej wypowiedzenia przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
 - 1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt.5;
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej.
11. Istnieje możliwość dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata części sumy wartości podstawowej i wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt.5. i pkt.8 - 10. Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość podstawowa lub dodatkowa, nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną.
12. Do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.
13. W przypadku osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Ubezpieczony ma prawo do otrzymania wartości podstawowej oraz wartości dodatkowej w formie wypłaty jednorazowej bądź w formie regularnych wypłat. Towarzystwo wypłaci wartość podstawową oraz wartość dodatkową po otrzymaniu wniosku od Ubezpieczonego. Wysokość regularnej wypłaty nie może być niższa od wartości minimalnej, określonej przez Towarzystwo i podanej w polisie. W następstwie każdej regularnej wypłaty liczba jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunkach inwestycyjnych, zostaje pomniejszona o liczbę jednostek uczestnictwa wynikającą z podzielenia kwoty regularnej wypłaty przez cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa. Kwota regularnej wypłaty zostaje pomniejszona o opłatę z tytułu wypłaty regularnej.

8. Opłaty

Wysokości opłat, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiących załącznik do Polisy. Towarzystwo ma prawo dokonywać okresowych zmian opłat. Zmiana opłat następuje w oparciu o zmianę wskaźnika wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS i nie może przekroczyć 150% zmiany ww. wskaźnika w okresie od dnia wprowadzenia niniejszej Umowy Dodatkowej do dnia dokonania zmiany lub w okresie pomiędzy zmianami.

Artykuł XVII

Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym, bądź rozwiązania Umowy, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 1. Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z ww. zdarzeń, powodującego wygaśnięcie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
 2. Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez okres co najmniej 12 miesięcy; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy jest nie dłuższy niż 30 dni.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia polega na zawarciu z Ubezpieczonym umowy indywidualnego, kontynuowanego ubezpieczenia na życie, na warunkach przedstawionych przez Towarzystwo, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust.1, pkt.1.

Artykuł XVIII

Skargi i zażalenia

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej. Roszczenia z tytułu Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Artykuł XIX

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, Umowa może zostać zawarta na warunkach odbiegających od postanowień OWU.
2. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU, wymagają pisemnego ich potwierdzenia.
3. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, dotyczące Umowy, należy kierować pisemnie na adres siedziby Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o zmianie adresu, przyjmuje się, że wszelka korespondencja wysłana przez Towarzystwo na ostatni znany mu adres, została prawidłowo doręczona.
4. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają odpowiednio, obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
6. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL / ob / 7 / 8 /2007 z dnia 9 sierpnia 2007 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 sierpnia 2007 roku.

Erich Fischer

Artur Olech



Prezes Zarządu



Członek Zarządu