

Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Artykuł I Postanowienia ogólne

Na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanych dalej OWU, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwana dalej Towarzystwem, zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a Ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki. Ilekroć w niniejszych OWU jest mowa o umowie Dodatkowego Ubezpieczenia należy przez to rozumieć wskazaną umowę Dodatkowego Ubezpieczenia lub odpowiednio właściwą Klauzulę.

Artykuł II Definicje

W umowie ubezpieczenia oraz w OWU wymienione poniżej pojęcia definiuje się następująco, o ile w związku z poszczególnymi zdarzeniami nie są one definiowane odmiennie:

Umowa ubezpieczenia
umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU,

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie
umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM lub Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym *Optimum 144* albo inna umowa ubezpieczenia grupowego na życie, zawarta z Towarzystwem przez Pracodawcę na rzecz Ubezpieczonego;

Ubezpieczający podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacania składek;

Ubezpieczony osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia oraz zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest uprawniona do zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;

Uposażony osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, jako

uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;

Pracodawca Ubezpieczający w rozumieniu umowy grupowego ubezpieczenia na życie;

Współubezpieczony
Współmałżonek, Dziecko, Rodzic, Teść, którego życie lub życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

Dziecko - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, którego wiek w dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest niższy niż 25 lat;

Rodzic - osoba, której we wcześniejszej z dat: w dacie osiągnięcia przez Ubezpieczonego pełnej zdolności do czynności prawnych lub zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

przysługiwała władza rodzicielska nad Ubezpieczonym, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

Teść - osoba, której w dacie osiągnięcia przez Współmałżonka pełnej zdolności do czynności prawnych przysługiwała władza rodzicielska nad Współmałżonkiem, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

Suma ubezpieczenia kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;

Polisa dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i zawierający szczegółowe jej postanowienia;

Składka ochronna kwota określona w polisie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, należna w danym okresie rozliczeniowym;

Nieszczęśliwy wypadek przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;

Akt terroryzmu użycie przemocy dla osiągnięcia

celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej, z zamiarem ich zastraszenia;

Okres ubezpieczenia okres wyznaczony przez daty początku i końca okresu ubezpieczenia;

Rocznica polisy każda rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;

Rok polisowy okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy; pierwszy rok polisowy zaczyna się od daty początku okresu ubezpieczenia;

Miesiąc polisowy miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli nie ma takiego dnia, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;

Okres rozliczeniowy okres pomiędzy kolejnymi terminami wymagalności składki;

Wiek liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;

Prolongata okres 30 dni, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej pomimo nieopłacenia składki ochronnej w terminie wymagalności składki, pod warunkiem opłacenia jej przed upływem tego okresu. Okres

prolongaty liczony jest od terminu wymagalności nieopłaconej składki ochronnej;

Karencja wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa w przypadkach określonych w niniejszych OWU. Okres karencji liczony jest od daty pierwszej rocznicy polisy. Karencji nie stosuje się do zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł III Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego, zdrowie Ubezpieczonego, życie Współubezpieczonego, zdrowie Współubezpieczonego.
2. W pierwszym roku polisowym zakres ubezpieczenia jest zgodny z zakresem, jaki obowiązywał w ostatnim miesiącu polisowym umowy grupowego ubezpieczenia na życie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, po pierwszej rocznicy polisy zakres ubezpieczenia obejmuje te ze zdarzeń wymienionych w odpowiednich pakietach, o których mowa w ust. 5-8, w zależności od wieku

Ubezpieczonego, które były objęte zakresem ubezpieczenia w pierwszym roku polisowym.

4.

W przypadku, gdy w pierwszym roku polisowym którekolwiek ze zdarzeń wymienionych w pkt 4.1. lub pkt 4.2. albo pkt 4.3. były objęte zakresem ubezpieczenia, w kolejnych latach polisowych zakres ubezpieczenia obejmuje wszystkie zdarzenia wymienione w odpowiednim z tych punktów, jednak nie może być szerszy niż zakres określony odpowiednim pakietem dla wieku Ubezpieczonego:

4.1.

śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant II, lub inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant III; w przypadku gdy Ubezpieczony w pierwszym roku polisowym nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu żadnego z wariantów inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zakres ubezpieczenia obejmuje inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I,

4.2.

pobyt Ubezpieczonego w szpitalu lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pobyt

Współmałżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;

w przypadku gdy

Ubezpieczony w pierwszym roku polisowym nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu ani pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,

4.3. śmierć Współmałżonka, śmierć Dziecka, śmierć Rodziców, śmierć Teściów, urodzenie Dziecka, urodzenie Dziecka martwego, osierocenie Dziecka, śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5.

Pakiet I ma zastosowanie w latach polisowych, w których w dniu ich rozpoczęcia wiek Ubezpieczonego wynosi od 17 lat do 60 lat. Pakiet I obejmuje następujący zakres:

5.1.

śmierć Ubezpieczonego,

5.2.

śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

5.3.

śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu,

5.4.

śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji,

5.5.

niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku,

5.6.

inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo wariant III,

5.7.

poważna choroba Ubezpieczonego,

5.8.

pobyt Ubezpieczonego w szpitalu lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,

5.9.

operacje chirurgiczne Ubezpieczonego,

5.10.

śmierć Współmałżonka,

5.11.

śmierć Dziecka,

5.12.

śmierć Rodziców,

5.13.

śmierć Teściów,

5.14.

urodzenie Dziecka,

5.15.

urodzenie Dziecka martwego,

5.16.

osierocenie Dziecka,

5.17.

śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,

5.18.

pobyt Współmałżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.

6.

Pakiet II ma zastosowanie w latach polisowych, w których w dniu ich rozpoczęcia wiek Ubezpieczonego wynosi od 61 lat do 65 lat. Pakiet II obejmuje następujący zakres:

6.1.

śmierć Ubezpieczonego,

6.2.

śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

6.3.
śmierć Ubezpieczonego
wskutek zawału serca lub
udar mózgu,
6.4.
śmierć Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku w środku lokomocji,
6.5.
inwalidztwo Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku wariant I lub wariant
II albo wariant III,
6.6
poważna choroba
Ubezpieczonego.

7.
Pakiet III ma zastosowanie w
latach polisowych, w których
w dniu ich rozpoczęcia wiek
Ubezpieczonego wynosi od 66
lat do 70 lat. Pakiet III
obejmuje następujący zakres:

7.1.
śmierć Ubezpieczonego,
7.2.
śmierć Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku.

8.
Pakiet IV ma zastosowanie w
latach polisowych, w których
w dniu ich rozpoczęcia wiek
Ubezpieczonego przekracza 70
lat. Pakiet IV obejmuje śmierć
Ubezpieczonego.

Artykuł IV **Zawarcie umowy** **ubezpieczenia**

1.
Prawo do zawarcia umowy
ubezpieczenia przysługuje
Ubezpieczonemu, który objęty
był ochroną ubezpieczeniową
z tytułu umowy grupowego
ubezpieczenia na życie przez
okres nie krótszy niż 12
miesięcy. W przypadku

obejmowania Ubezpieczonego
ochroną ubezpieczeniową z
tytułu innej umowy
ubezpieczenia zawartej przez
Pracodawcę, zwanej dalej
wcześniejszą umową, wpływ
12-miesięcznego okresu
liczony jest od daty
rozpoczęcia ochrony
ubezpieczeniowej z tytułu
wcześniejszej umowy, pod
warunkiem, że okres od
zakończenia ochrony
ubezpieczeniowej z tytułu
wcześniejszej umowy do daty
przystąpienia Ubezpieczonego
do umowy grupowego
ubezpieczenia na życie jest nie
dłuższy niż jeden miesiąc oraz
okres udzielania ochrony
ubezpieczeniowej z tytułu
umowy grupowego
ubezpieczenia na życie jest nie
krótszy niż 3 miesiące.

2.
Ubezpieczający składa w
Towarzystwie wnioski o
zawarcie umowy
ubezpieczenia.

3.
Towarzystwo przedstawia
Ubezpieczającemu ofertę
Indywidualnej Kontynuacji
Grupowego Ubezpieczenia na
Życie w terminie 14 dni od
daty złożenia wniosku, o
którym mowa w
ust. 2.

4.
Umowę ubezpieczenia zawiera
się na podstawie wniosku o
zawarcie umowy
ubezpieczenia, sporządzonego
na formularzu Towarzystwa
wraz z zaakceptowaną przez
Ubezpieczającego ofertą, o
których mowa odpowiednio w
ust. 2 i 3. Jeżeli wniosek jest
niekompletny lub

nieprawidłowo wypełniony,
Towarzystwo wezwie do jego
uzupełnienia lub poprawienia
w wyznaczonym terminie.

5.
Towarzystwo ma prawo
odmówić zawarcia umowy
ubezpieczenia, jeżeli
Ubezpieczający nie złożył
poprawnie i kompletnie
wypełnionego wniosku, o
którym mowa w ust. 2, w
terminie 3 miesięcy od daty
wygaśnięcia ochrony
ubezpieczeniowej udzielonej
na podstawie umowy
grupowego ubezpieczenia na
życie.

6.
Umowę ubezpieczenia zawiera
się na okres jednego roku,
liczony od daty początku
okresu ubezpieczenia. Okres
ubezpieczenia ulega
przedłużeniu na kolejny
roczny okres.

7.
Umowę ubezpieczenia uważa
się za zawartą z datą
doręczenia Ubezpieczającemu
polisy.

Artykuł V **Ochrona ubezpieczeniowa**

1.
Ochroną ubezpieczeniową
może być objęta osoba, której
wiek w dacie początku okresu
ubezpieczenia wynosi co
najmniej 16 lat i mniej niż 66
lat.

2.
Ochrona ubezpieczeniowa
rozpoczyna się od dnia
następnego po zaakceptowaniu
przez Ubezpieczającego oferty,
o której mowa w art. IV ust. 1,

jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki ochronnej i wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej udzielonej na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, chyba że w odniesieniu do poszczególnych zdarzeń, wymienionych odpowiednio w art. X XXI, określono inną datę początku ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach wymienionych dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, a ponadto w przypadku:

3.1. śmierci Ubezpieczonego w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3.2. zaprzestania opłacania składki ochronnej z upływem okresu rozliczeniowego, za który opłacono składkę ochronną, jeżeli kolejna składka ochronna nie została zapłacona przed upływem okresu prolongaty,

3.3. wypłaty świadczenia z tytułu umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej, umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z niezdolnością do pracy zarobkowej oraz niezdolnością do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku w dniu wypłaty tego świadczenia,

3.4. rozwiązania umowy ubezpieczenia w dniu jej

rozwiązania,

3.5. upływu okresu ubezpieczenia w dniu końca okresu ubezpieczenia.

4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia rozszerzona została o Postanowienia Dodatkowe do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, możliwe jest przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, zgodnie z zasadami zawartymi w Postanowieniach Dodatkowych.

Artykuł VI Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w przypadku:

1.1. odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od jej zawarcia w dniu odstąpienia,

1.2. wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z upływem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego,

1.3. nieopłacania przez Ubezpieczającego składki ochronnej z upływem 14 dni od zakończenia okresu prolongaty.

2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki ochronnej należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VII Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

1.1. samobójstwa Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego popełnionego w okresie roku od zawarcia umowy ubezpieczenia,

1.2. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach.

2. W odniesieniu do następujących zdarzeń: śmierci Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I / wariant II

/ wariant III, pobytu
Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanego
nieszczęśliwym wypadkiem,
śmierci Ubezpieczonego
wskutek zawału serca lub
udar mózgu, poważnej
choroby Ubezpieczonego,
operacji chirurgicznej
Ubezpieczonego oraz pobytu
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego w
szpitalu, pobytu
Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanego
nieszczęśliwym wypadkiem,
Towarzystwo zwolnione jest z
obowiązku wypłaty
świadczenia, jeżeli zdarzenie
to nastąpiło bezpośrednio lub
pośrednio wskutek:
2.1.
choroby psychicznej,
niedorozwoju umysłowego lub
zaburzeń psychicznych
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego oraz ich
skutków, a także ataku
konwulsji, epilepsji,
2.2.
spożycia przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego
alkoholu, środków
odurzających lub
psychotropowych, nie
zaleconych przez lekarza,
usiłowania lub popełnienia
przestępstwa przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego, próby
samobójczej, świadomego
samookaleczenia
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego lub
okaleczenia na jego prośbę,
niezależnie od stanu
poczytalności,
2.3.
poddania się przez

Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego
eksperymentowi medycznemu
lub zabiegowi o charakterze
medycznym,
przeprowadzonemu poza
kontrolą lekarza lub innych
osób uprawnionych,
2.4.
wypadku lotniczego
zaistniałego w czasie
przebywania przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego na
pokładzie innego samolotu niż
samolot pasażerskich
licencjonowanych linii
lotniczych,
2.5.
udziału Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego w
zajęciach sportowych lub
rekreacyjnych o ryzykownym
charakterze, a w szczególności
uprawiania baloniarstwa,
lotniarstwa, szybownictwa,
sportów motorowych i
motorowodnych, sportów
walki, sportów
spadochronowych,
wspinaczki, speleologii,
skoków do wody, nurkowania
przy użyciu specjalistycznego
sprzętu, skoków na gumowej
linie oraz udziału w wyścigach
wszelkiego rodzaju poza
lekkoatletyką i pływaniem,
2.6.
prowadzenia przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego pojazdu
mechanicznego bez posiadania
odpowiednich uprawnień lub
prowadzenia pojazdów
niedopuszczonych do ruchu
drogowego, zgodnie z
obowiązującymi przepisami
prawa.
3.
Towarzystwo zwolnione jest z
obowiązku wypłaty

świadczenia w związku ze
śmiercią Ubezpieczonego
wskutek zawału serca lub
udar mózgu, poważną
chorobą Ubezpieczonego oraz
niezdolnością Ubezpieczonego
do pracy zarobkowej, jeżeli
odpowiednio zawał serca lub
udar mózgu, poważna choroba
albo niezdolność do pracy
zarobkowej powstały
bezpośrednio lub pośrednio
wskutek spożywania przez
Ubezpieczonego alkoholu.

4.
Towarzystwo nie przyzna
prawa do świadczenia w
związku z operacją
chirurgiczną Ubezpieczonego,
pobytem Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego w
szpitalu i pobytem
Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanym
nieszczęśliwym wypadkiem,
jeżeli operacja chirurgiczna
Ubezpieczonego lub pobyt
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego w
szpitalu spowodowane zostały
albo były związane
bezpośrednio lub pośrednio z:
4.1.
nieuzasadnionym
nieskorzystaniem
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego z
porady lekarskiej,
nieprzestrzeganiem zaleceń
lekarskich;
4.2.
chorobą AIDS
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego lub
zakażeniem wirusem HIV;
4.3.
pełnieniem przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego
zasadniczej służby wojskowej;

4.4.
wadami wrodzonymi
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego i
schorzeniami będącymi ich
skutkiem;
4.5.
zabiegami rehabilitacyjnymi
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego;
4.6.
poddaniem się przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego
rutynowym badaniom
lekarskim, badaniom
biochemicznym, badaniom
rentgenowskim nie
wynikającym z choroby lub
nieszczęśliwego wypadku;
4.7.
ciążą Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego,
porodem lub położeniem, poza
przypadkami gdy
zdiagnozowano ciążę
wysokiego ryzyka, porodu o
przebiegu patologicznym lub
komplikacji położu, będących
zagrożeniem dla życia kobiety;
w tych przypadkach
Towarzystwo wypłaci
świadczenia, których łączna
wysokość nie przekracza
równowartości świadczenia
należnego w związku z 30-
dniowym pobytem w szpitalu;
4.8.
poddaniem się przez
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego
zabiegowi usunięcia ciąży, o
ile nie został on wykonany w
celu ratowania życia lub
zdrowia, pozbawieniem
płodności, sztucznym
zapłodnieniem lub innym
sposobem leczenia
niepłodności;
4.9
poddaniem się przez
Ubezpieczonego /

Współubezpieczonego
leczeniu dentystycznemu, z
wyjątkiem przypadków, gdy
pobyt w szpitalu
spowodowany był
nieszczęśliwym wypadkiem
lub przeprowadzeniem
operacji plastycznej lub
kosmetycznej, z wyjątkiem
operacji niezbędnych do
usunięcia następstw
nieszczęśliwego wypadku
zaistniałego w okresie ochrony
ubezpieczeniowej;
4.10
pobranie od Ubezpieczonego
/ Współubezpieczonego
narządów lub tkanek do
przeszczepu;
4.11
skorygowanie wady wzroku u
Ubezpieczonego /
Współubezpieczonego.

5.
Towarzystwo nie przyzna
prawa do świadczenia w
związku z operacją
chirurgiczną Ubezpieczonego,
niezdolnością Ubezpieczonego
do pracy zarobkowej,
niezdolnością Ubezpieczonego
do pracy zarobkowej wskutek
nieszczęśliwego wypadku i
poważną chorobą
Ubezpieczonego, jeżeli:

5.1.
przyczyna operacji
chirurgicznej Ubezpieczonego
została zdiagnozowana lub
była leczona albo o
przeprowadzeniu operacji
postanowiono przed datą
rozpoczęcia ochrony
ubezpieczeniowej z tytułu
niniejszej umowy
ubezpieczenia,
5.2.

operację chirurgiczną
Ubezpieczonego
przeprowadzono przy
wykorzystaniu terapii genowej

lub operacji chirurgicznej na
płodzie ludzkim,

5.3.
niezdolność Ubezpieczonego
do wykonywania pracy
zarobkowej lub niezdolność
Ubezpieczonego do
wykonywania pracy
zarobkowej wskutek
nieszczęśliwego wypadku
powstała wskutek choroby lub
uszkodzenia ciała, które
istniały przed datą rozpoczęcia
ochrony ubezpieczeniowej z
tytułu niniejszej umowy
ubezpieczenia,

5.4.
poważna choroba
Ubezpieczonego powstała
bezpośrednio lub pośrednio
wskutek choroby AIDS lub
zakażenia wirusem HIV,

5.5.
przyczyna poważnej choroby
Ubezpieczonego została
zdiagnozowana lub była
leczona przed datą rozpoczęcia
ochrony ubezpieczeniowej z
tytułu niniejszej umowy
ubezpieczenia.

6.
Towarzystwo nie przyzna
prawa do świadczenia w
związku z inwalidztwem
Ubezpieczonego wskutek
nieszczęśliwego wypadku,
jeżeli Ubezpieczony nie
poddął się opiece lekarskiej,
leczeniu, zaleceniom
lekarskim lub rehabilitacji
mającym na celu złagodzenie
skutków nieszczęśliwego
wypadku.

Artykuł VIII **Suma ubezpieczenia i** **składka**

1.
Ubezpieczający zobowiązany
jest opłacać składkę ochronną

na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, w terminach wymagalności składki określonych w polisie. Wysokość składki ochronnej obowiązującej w pierwszym roku polisowym określona jest w polisie.

2. Wysokość składki ochronnej obowiązującej w kolejnych latach polisowych podana jest w potwierdzeniu warunków ubezpieczenia w poszczególnych latach polisowych, wydanym przez Towarzystwo i ustalana jest dla aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz zakresu ubezpieczenia, określonego zgodnie z postanowieniami art. III ust. 2 4 i sum ubezpieczenia.

3. Składkę ochronną uważa się za opłaconą pierwszego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą w wysokości składki ochronnej.

4. Sumę ubezpieczenia ustala się odrębnie dla każdego ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia.

5. W pierwszym roku polisowym obowiązują sumy ubezpieczenia równe sumom ubezpieczenia, jakie obowiązywały w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim miesiącu polisowym umowy grupowego ubezpieczenia na życie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z umowy

grupowego ubezpieczenia na życie. Sumy te jednak nie mogą przekraczać maksymalnych ich wysokości, ustalonych przez Towarzystwo w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU. W przypadku obniżenia sum ubezpieczenia, odpowiednio pomniejszana jest również składka ochronna.

6. W kolejnych latach polisowych, następujących po pierwszym roku polisowym, obowiązują sumy ubezpieczenia określone w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, zgodnie z aktualnym wiekiem Ubezpieczonego.

7. W celu zapewnienia urealniania wartości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podwyższania sum ubezpieczenia (indeksacja).

8. Indeksacja dokonywana jest nie częściej niż raz w roku polisowym, w rocznice polisy.

9. Indeksacja powoduje odpowiednie podwyższenie składki ochronnej. Obliczenia podwyższonej składki ochronnej dokonuje się dla aktualnego wieku Ubezpieczonego.

10. Wskaźnik indeksacji ustalany jest w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany

przez GUS i nie może przekroczyć 150 % zmiany wartości tego wskaźnika w okresie między kolejnymi indeksacjami.

11. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zindeksowanej wysokości sum ubezpieczenia oraz podwyższonej w związku z indeksacją składką ochronną, w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy, w której indeksacja zostanie dokonana.

12. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo odmowy indeksacji, jeżeli dokonywana jest ona zgodnie z zasadami określonymi w ust. 8 - 11.

Artykuł IX Śmierć Ubezpieczonego / Współubezpieczonego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

2. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci

Współubezpieczonego.

3.

Łączna kwota świadczeń w związku z tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu następujących zdarzeń: śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo wariant III, poważna choroba Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość jednego, najwyższego świadczenia z tytułu wszystkich powyższych zdarzeń, należnego w związku z tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, o ile świadczenia w związku z poszczególnymi zdarzeniami nie zostały inaczej określone.

4.

Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, nie przysługuje Uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.

5.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie ma Uposażonego lub utracił on

prawo do otrzymania świadczenia na podstawie postanowień ust. 4, świadczenie wypłacane jest członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

5.1.

współmałżonkowi,

5.2.

dzieciom, w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka,

5.3.

rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka i dzieci,

5.4.

rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców,

5.5.

w pozostałych przypadkach innym ustawowym spadkobiercom z wykluczeniem Skarbu Państwa.

6.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Współubezpieczonego wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

7.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Współubezpieczonego wygasa z upływem pierwszego roku

polisowego.

Artykuł X Śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

2.

W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci Współmałżonka.

3.

Prawo do świadczenia w związku ze śmiercią Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie przyznane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

3.1.

nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia lub umowy Dodatkowego Ubezpieczenia

Śmierci Ubezpieczonego /
Współmałżonka wskutek
Nieszczęśliwego Wypadku,
zawartej przez Pracodawcę,
3.2.

śmierć Ubezpieczonego /
Współmałżonka spowodowana
nieszczęśliwym wypadkiem
nastąpiła w okresie udzielania
ochrony ubezpieczeniowej z
tytułu niniejszej umowy
ubezpieczenia,

3.3.
śmierć Ubezpieczonego /
Współmałżonka spowodowana
nieszczęśliwym wypadkiem
nastąpiła przed upływem 180
dni od daty zajścia
nieszczęśliwego wypadku.

4.
Łączna kwota świadczeń w
związku z tym samym
nieszczęśliwym wypadkiem,
należnych z tytułu
następujących zdarzeń:
śmierć Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku, śmierć
Ubezpieczonego wskutek
zawału serca lub udaru mózgu,
śmierć Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku w środku lokomocji,
niezdolność Ubezpieczonego
do pracy zarobkowej lub
niezdolność Ubezpieczonego
do pracy zarobkowej wskutek
nieszczęśliwego wypadku,
inwalidztwo Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku wariant I lub wariant
II albo wariant III, poważna
choroba Ubezpieczonego,
operacje chirurgiczne
Ubezpieczonego,
nie może przekroczyć kwoty
stanowiącej równowartość
sumy świadczeń należnych w
związku ze śmiercią
Ubezpieczonego wskutek
nieszczęśliwego wypadku i

śmiercią Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku w środku lokomocji.

5.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w
dacie początku okresu
ubezpieczenia wynosi mniej
niż 60 lat, niezależnie od
innych postanowień, ochrona
ubezpieczeniowa w związku
ze śmiercią Współmałżonka
wskutek nieszczęśliwego
wypadku wygasa z upływem
roku polisowego, w którym
Ubezpieczony osiągnął wiek
60 lat.

6.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w
dacie początku okresu
ubezpieczenia wynosi 60 lat
lub więcej, niezależnie od
innych postanowień, ochrona
ubezpieczeniowa w związku
ze śmiercią Współmałżonka
wskutek nieszczęśliwego
wypadku wygasa z upływem
pierwszego roku polisowego.

7.
Niezależnie od innych
postanowień, ochrona
ubezpieczeniowa w związku
ze śmiercią Ubezpieczonego
wskutek nieszczęśliwego
wypadku wygasa z upływem
roku polisowego, w którym
Ubezpieczony osiągnął wiek
70 lat.

Artykuł XI

Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udar mózgu

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.
Wszystkie powyższe objawy
muszą wystąpić łącznie;

2.
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.

3.
W przypadku śmierci
Ubezpieczonego wskutek
zawału serca lub udaru mózgu
Towarzystwo wypłaci
Uposażonemu świadczenie w
wysokości sumy
ubezpieczenia dla tego
zdarzenia, obowiązującej w
dacie wystąpienia zawału
serca lub udaru mózgu, z
zastrzeżeniem postanowień
art. IX ust. 3.

4.
Prawo do świadczenia, o
którym mowa w ust. 3 zostanie
przyznane, jeżeli łącznie
spełnione zostały następujące
warunki:

4.1.

zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia,

4.2.

śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

5.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 65 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat.

6.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 65 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XII

Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1.

Nieszczęśliwy wypadek w

środku lokomocji

nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, statku wodnego lub powietrznego, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;

2.

Pojazd samochodowy pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego;

3.

Statek wodny urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec;

4.

Statek powietrzny 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;

5.

Pojazd szynowy pojazd mechaniczny, z wyłączeniem drezyny, służący do przewozu pasażerów lub ładunków, poruszający się po torze składającym się z dwóch szyn.

6.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

7.

Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 5 zostanie przyznane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

7.1.

nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia lub umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji, zawartej przez Pracodawcę,

7.2.

śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia,

7.3.

śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

8.

Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym

nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu następujących zdarzeń: śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo wariant III, poważna choroba Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne Ubezpieczonego, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

9. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 65 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat.

10. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 65 lat

lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XIII **Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej /** **niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej** **wskutek nieszczęśliwego wypadku**

1. **Niezdolność do pracy zarobkowej** całkowita niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.

2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej lub niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej, z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3.

3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 2 zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony, w okresie udzielania ochrony

ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, zaczynający swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia. 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 pracy zarobkowej w przyszłości.

4. W przypadku, gdy niezdolność do pracy zarobkowej spowodowana została nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

5. W celu potwierdzenia niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

6. Po upływie pierwszego roku polisowego odpowiedzialność Towarzystwa zostaje

ograniczona wyłącznie do niezdolności do pracy zarobkowej powstałej wskutek nieszczęśliwego wypadku.

7.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z niezdolnością do pracy zarobkowej wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

8.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z niezdolnością do pracy zarobkowej wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XIV

Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I / wariant II / wariant III

1.
Inwalidztwo w zależności od wariantu, który objęty jest zakresem ubezpieczenia, wyłącznie przypadki wymienione w ust. 7 lub 8 albo 9, powodujące naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji, nie rokujące poprawy;

2.
Utrata całkowita

anatomiczna strata narządu;

3.
Porażenie całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;

4.
Usztywnienie całkowite zniesienie ruchomości w stawie.

5.
W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

5.1.
nieszczęśliwy wypadek powodujący inwalidztwo nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia,

5.2.
inwalidztwo nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia,

5.3.
inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

6.
Świadczenie w związku z inwalidztwem Ubezpieczonego wypłacane jest w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie nieszczęśliwego wypadku, za każdy jeden procent inwalidztwa, z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3.

7.
W wariantcie I, wyszczególnionym poniżej przypadkom inwalidztwa przypisany został następujący procent inwalidztwa:

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%

Porażenie czterokończynowe

.....

100%

8.
W wariancie II,
wyszczególnionym poniżej
przypadkom inwalidztwa
przypisany został następujący
procent inwalidztwa:
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
.....5%
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
górnej60%
Utrata w stawie barkowym
.....70%
Usztywnienie barku35%
Utrata powyżej lub na
poziomie stawu łokciowego
.....60%
Utrata poniżej stawu
łokciowego55%
Usztywnienie łokcia30%
Utrata jednej dłoni50%
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 kciuka15%
Utrata palca wskazującego w
całości10%
Utrata innego palca ręki w
całości5%
Kończyny dolne
Porażenie całej kończyny
dolnej60%
Utrata w stawie biodrowym
.....70%
Usztywnienie stawu
biodrowego40%
Utrata powyżej lub na
poziomie stawu kolanowego
.....60%
Usztywnienie stawu
kolanowego25%
Utrata poniżej stawu
kolanowego50%
Usztywnienie stawu
skokowego15%
Utrata stopy w całości40%
Utrata stopy z wyłączeniem
pięty30%
Skrócenie kończyny dolnej
(nie dotyczy utraty części
kończyny)
- o co najmniej 5 cm30%
- od 3 do 5 cm20%
- od 1 do 3 cm10%
Utrata palucha w całości ...5%
Utrata innego palca stopy w
całości2%
Porażenie czterokończynowe
..... 100%
Porażenia nerwów
Całkowite porażenie nerwu
pachowego20%
Całkowite porażenie nerwu
pośrodkowego w zakresie
ramienia30%
Całkowite porażenie nerwu
promieniowego w okolicy
barku40%
Całkowite porażenie nerwu
promieniowego przedramienia
poniżej odejścia gałęzi
głębokiej10%
Całkowite porażenie nerwu
łokciowego20%
Całkowite porażenie nerwu

udowego30%
Całkowite porażenie nerwu
kulszowego40%
Klatka piersiowa
Uszkodzenie serca z
wydolnym układem krążenia
.....15%
Uszkodzenie serca prowadzące
do niewydolności krążenia.....
.....40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej
- bez niewydolności
oddechowej5%
- z trwałą
niewydolnością
oddechową
potwierdzoną
spirometrią i badaniem
gazometrycznym
.....25%
Utrata gruczołu piersiowego u
kobiety25%
Utrata brodawki sutkowej u
kobiety5%
Jama brzuszna
Utrata śledziony10%
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 stolca30%
Utrata wątroby (więcej niż
50% miąższu) 20%
Narządy moczowopłciowe
Utrata nerki w
całości.....20%
Utrata nerki przy drugiej nerce
niewydolnej60%
Uszkodzenie pęcherza lub
cewki moczowej prowadzące
do nietrzymania moczu ... 20%
Utrata prącia40%
Utrata jądra lub jajnika20%
Utrata macicy
- u osoby do 45 roku życia
.....40%
- u osoby powyżej 45 roku

życia20%

9.

W wariancie III, procent inwalidztwa w poszczególnych jego przypadkach określa Tabela uszczerbków na zdrowiu, stanowiąca załącznik nr 4 do OWU.

10.

Suma świadczeń w związku ze wszystkimi przypadkami inwalidztwa spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione odpowiednio w ust. 7, 8 i 9 procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

11.

Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu inwalidztwa nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 100 % inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.

12.

W celu potwierdzenia inwalidztwa, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego przez

Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

13.

Stopień (procent) inwalidztwa ustalany jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, jednak nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, a w wariancie III, nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

14.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 65 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z inwalidztwem Ubezpieczonego wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat.

15.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 65 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z inwalidztwem Ubezpieczonego wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XV **Poważna choroba** **Ubezpieczonego**

1.

Poważna choroba wystąpienie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób, zabiegów lub operacji, wymienionych w ust. 2 - 14;

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;

3.

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;

4.

Nowotwór złośliwy niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina).

Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);

5.
Niewydolność nerek schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;

6.
Leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass) operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;

7.
Przeszczep dużych narządów operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby;

8.
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;

9.
Guzy mózgu niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji

naczyniowych, krwinków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;

10.
Oparzenia oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;

11.
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;

12.
Angioplastyka naczyń wieńcowych leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;

13.
Operacja zastawek serca operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczępieniu 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;

14.
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:

- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
- przeszczepienie szpiku kostnego.

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

15.
Z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważanej choroby, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie określonej w pkt 17.1. lub 17.2.:

15.1.
100%, w przypadku pierwszego świadczenia, należnego z tytułu tego zdarzenia,

15.2.
50%, w przypadku kolejnych

świadczeń, należnych z tytułu tego zdarzenia.

16.
Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 15 zostanie przyznane, jeżeli pierwsze rozpoznanie choroby lub poddanie się zabiegowi lub operacji miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.

17.
Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 15 zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez co najmniej 30 dni od:

17.1.
daty rozpoznania jednej z chorób wymienionych w ust. 2
5, ust. 8 -10 oraz ust. 14,
17.2.
daty przeprowadzenia operacji wymienionych w ust. 6 - 7, ust. 11 oraz ust. 13 lub zabiegu wymienionego w ust. 12.

18.
Towarzystwo wypłaca tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby, spośród wymienionych w ust. 2 - 14, niezależnie od liczby występujących poważnych chorób w ramach tego samego ich rodzaju.

19.
W celu potwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego

przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

20.
Niezależnie od innych postanowień stosuje się karencję do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała przed pierwszą rocznicą polisy. Okres karencji wynosi 90 dni.

21.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 65 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z poważną chorobą wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat.

22.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 65 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z poważną chorobą wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XVI

Pobyt w Ubezpieczonego szpitalu

1.
Dzienna stawka świadczenia szpitalnego kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, wynosząca 1% sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia;

2.
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 nichienne rejestry medyczne. Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

3.
OIOM oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezyjologii, 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. W rozumieniu niniejszych OWU OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

4.

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu pobyt

Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego.

5.

Choroba reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

6.

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie, w wysokości 100% dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za

okres nie przekraczający 5 dni pobytu w szpitalu na OIOM-ie.

7.

Do ustalenia wysokości dziennej stawki świadczenia szpitalnego stosuje się sumę ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującą w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

8.

Towarzystwo wypłaci świadczenia w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu, nie przekraczającymi 180 dni, w ciągu każdego roku polisowego.

9.

Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

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.

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci

Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:

11.1.

60% dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz 11.2.

50% dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy następny dzień tego pobytu.

12.

Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.

13.

Niezależnie od innych postanowień karencję stosuje się do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała przed pierwszą rocznicą polisy. Okres karencji wynosi 90 dni.

14.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

15.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat

lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XVII

Pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

1.
Dzienna stawka świadczenia szpitalnego kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, wynosząca 1% sumy ubezpieczenia dla odpowiedniego z tych zdarzeń;

2.
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 nichienne rejestry medyczne. Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny,

rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

3.
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. W rozumieniu niniejszych OWU OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

4.
Pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego / Współmałżonka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego / Współmałżonka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego / Współmałżonka, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego / Współmałżonka.

5.
W przypadku pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie, w wysokości 100% dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na OIOM-ie.

6.
Do ustalenia wysokości dziennej stawki świadczenia szpitalnego stosuje się sumę ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującą w dniu rozpoczęcia odpowiednio pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu.

7.
Towarzystwo wypłaci świadczenia w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu, nie przekraczającymi 180 dni, w ciągu każdego roku polisowego, liczonymi odpowiednio w odniesieniu do pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu.

8.
Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony / Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

10.
Jeżeli okres pobytu
Ubezpieczonego /
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.

11.
W przypadku pobytu
Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanego
nieszczęśliwym wypadkiem,
który rozpoczął się w okresie
ochrony ubezpieczeniowej z
tytułu niniejszej umowy
ubezpieczenia, Towarzystwo
wypłaci Ubezpieczonemu
świadczenie w wysokości:
11.1.
100% dziennej stawki
świadczenia szpitalnego za
każdy z pierwszych 14 dni
pobytu w szpitalu oraz
11.2.
50% dziennej stawki
świadczenia szpitalnego za
każdy następny dzień tego
pobytu.

12.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w
dacie początku okresu
ubezpieczenia wynosi mniej
niż 60 lat, niezależnie od
innych postanowień, ochrona
ubezpieczeniowa w związku z
pobytem Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanym
nieszczęśliwym wypadkiem
wygasa z upływem roku
polisowego, w którym
Ubezpieczony osiągnął wiek
60 lat.

13.
Jeżeli wiek Ubezpieczonego w
dacie początku okresu
ubezpieczenia wynosi 60 lat
lub więcej, niezależnie od
innych postanowień, ochrona
ubezpieczeniowa w związku z
pobytem Ubezpieczonego /
Współmałżonka w szpitalu
spowodowanym
nieszczęśliwym wypadkiem
wygasa z upływem pierwszego
roku polisowego.

Artykuł XVIII

Operacje chirurgiczne

Ubezpieczonego

1.
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 hospitalizacji
oraz zabiegi nie będące
koniecznością medyczną;

2.
Szpital znajdujący się na
terenie Rzeczypospolitej
Polskiej i 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. Szpitalem nie jest
dom opieki, hospicjum,
ośrodek sanatoryjny,
rehabilitacyjny lub
wypoczynkowy, ani
jakakolwiek placówka, której
statutowym zadaniem jest
leczenie alkoholizmu lub
innych uzależnień.

3.
Z zastrzeżeniem postanowień
art. IX ust. 3, w przypadku
poddania Ubezpieczonego
operacji chirurgicznej
Towarzystwo wypłaci
Ubezpieczonemu świadczenie
w wysokości:

3.1.
100% sumy ubezpieczenia w
przypadku operacji
chirurgicznej z kategorii A,
3.2.
80% sumy ubezpieczenia w
przypadku operacji
chirurgicznej z kategorii B,
3.3.
60% sumy ubezpieczenia w
przypadku operacji
chirurgicznej z kategorii C,
3.4.
40% sumy ubezpieczenia w
przypadku operacji
chirurgicznej z kategorii D,
3.5.
20% sumy ubezpieczenia w
przypadku operacji
chirurgicznej z kategorii E.

4.
Prawo do świadczenia, o
którym mowa w ust. 3,
zostanie przyznane wyłącznie

w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej wymienionej w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.

5. Kategorię operacji chirurgicznej ustala się na podstawie Katalogu operacji chirurgicznych.

6. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 3 zostanie przyznane, jeżeli operacja chirurgiczna została przeprowadzona w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia oraz spowodowała co najmniej 3-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

7. Jeżeli w ciągu trzech 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 ust. 3 jest najwyższa.

8. 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 ust. 3 i 7 jest najwyższa.

9. Niezależnie od innych postanowień, stosuje się karencję do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała przed pierwszą rocznicą polisy. Okres karencji wynosi 90 dni.

10. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z operacjami chirurgicznymi wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

11. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z operacjami chirurgicznymi wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XIX Urodzenie Dziecka / Dziecka martwego

1. **Dziecko** dziecko, którego matką lub ojcem jest Ubezpieczony.

2. W przypadku, gdy w pierwszym roku polisowym Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową

dotyczącą urodzenia Dziecka / Dziecka martwego, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 10-miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty pierwszej rocznicy polisy.

3. W przypadku, gdy okres udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest krótszy niż 10 miesięcy, stosuje się karencję do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. IV ust. 1. Okres karencji wynosi 10 miesięcy i liczony jest od daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

4. Niezależnie od innych postanowień stosuje się karencję do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała przed pierwszą rocznicą polisy. Okres karencji wynosi 10 miesięcy.

5. W przypadku urodzenia się Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie urodzenia się Dziecka.

6. W przypadku urodzenia się Dziecka martwego w okresie

udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie urodzenia się Dziecka martwego.

7. Potwierdzeniem urodzenia się Dziecka martwego jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.

8. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z urodzeniem Dziecka / urodzeniem Dziecka martwego wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

9. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z urodzeniem Dziecka / urodzeniem Dziecka martwego wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XX Osierocenie Dziecka

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, powodującej osierocenie Dziecka,

Towarzystwo wypłaci, wskazanemu przez Ubezpieczonego Dziecku, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dacie śmierci Ubezpieczonego.

2. Jeżeli Ubezpieczony wskaże więcej niż jedno Dziecko jako uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu osierocenia Dziecka, nie określając części świadczenia, w jakich będzie ono wypłacone poszczególnym Dzieciom, wówczas świadczenie należne jest wskazanym Dzieciom w równych częściach.

3. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, powodującą osierocenie Dziecka, nie przysługuje Dziecku, które przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.

4. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi mniej niż 60 lat, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z osieroceniem Dziecka wygasa z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.

5. Jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi 60 lat lub więcej, niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z osieroceniem Dziecka wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XXI Pobyt Dziecka w szpitalu

1. **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 nichienne rejestry medyczne. Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

2. **Pobyt Dziecka w szpitalu** pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 10 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. Jeżeli w czasie pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon Dziecka, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Dziecka;

3.
Choroba reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

4.
W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.

5.
Towarzystwo wypłaci świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu w łącznej wysokości nie przekraczającej 200 % sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia.

6.
Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa w związku z pobytem Dziecka w szpitalu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XXII

Postanowienia końcowe

1.
Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, umowa

Generali Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA



Erich Fischer
Prezes Zarządu

ubezpieczenia 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 ubezpieczenia, 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.
Jeżeli Ubezpieczający 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 ona wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.

5.
Wniosek, o którym mowa w ust. 4 zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.

6.
Ponadto, jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali Życie 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 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

7.
Powództwo o roszczenie z umowy ubezpieczenia może zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Roszczenia z umowy ubezpieczenia podlegają jurysdykcji sądów polskich.

8.
Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr L/1/2/5/2004 z dnia 13 maja 2004 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 czerwca 2004 r.

Generali Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA



Zygmunt Kostkiewicz
Członek Zarządu

Postanowienia Dodatkowe do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

Artykuł I Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Postanowienia Dodatkowe do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, zwane dalej Postanowieniami Dodatkowymi, stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, których zakres został rozszerzony o Postanowienia Dodatkowe.

2. Postanowienia Dodatkowe stosuje się jedynie jako rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie i nie mogą obowiązywać dłużej niż umowa Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Rozszerzenie o Postanowienia Dodatkowe zostaje potwierdzone w polisie.

Artykuł II Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie stosuje się także do niniejszych Postanowień Dodatkowych. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Składka inwestycyjna kwota określona w polisie, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, należna w danym okresie rozliczeniowym;

Składka całkowita suma składki ochronnej i składki inwestycyjnej;

Składka doraźna kwota przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;

Fundusz ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;

Rachunek jednostek uczestnictwa wyodrębniony dla każdej umowy ubezpieczenia rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za wpłatę transferową, składki inwestycyjne i składki doraźne;

Wartość polisy iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa, nabytych za składkę inwestycyjną oraz wpłatę transferową i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

Wartość dodatkowa iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa, nabytych za składkę doraźną i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

Wpłata transferowa - wpłata przekazywana przy zawarciu umowy ubezpieczenia na rachunek jednostek uczestnictwa, równa sumie wartości podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek inwestycyjnych, utworzonych dla Ubezpieczonego, w związku z

umową grupowego
ubezpieczenia na życie;

Cena nabycia jednostki uczestnictwa cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na rachunek jednostek uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z rachunku jednostek uczestnictwa;

Alokacja określony w Tabeli opłat i limitów procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa.

Artykuł III Zakres Postanowień Dodatkowych

1.
Celem rozszerzenia postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Postanowienia Dodatkowe jest inwestowanie środków wpłacanych jako wpłata transferowa, składka inwestycyjna i składka doraźna.

2.
Inwestowanie wpłaty transferowej, składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.

Artykuł IV Rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

1.
Rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Postanowienia Dodatkowe następuje od daty początku okresu obowiązywania Postanowień Dodatkowych i możliwe jest w dniu zawarcia umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie lub w późniejszym terminie.

2.
Cel rozszerzenia postanowień umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia Życie o Postanowienia Dodatkowe realizowany jest od późniejszej z dat:

2.1.
początku okresu obowiązywania Postanowień Dodatkowych, określonego w polisie,
2.2.
dokonania wpłaty transferowej, opłacenia składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.

3.
Postanowienia Dodatkowe wygasają w terminach określonych w art. VI ust. 1 Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz w przypadku wygaśnięcia Postanowień Dodatkowych, w dniu ich wygaśnięcia.

Artykuł V Wygaśnięcie Postanowień Dodatkowych

Postanowienia Dodatkowe tracą obowiązującą moc w dniu rozwiązania umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz w dniu dokonania wypłaty całkowitej.

Artykuł VI Składki

1.
Wraz z rozszerzeniem postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Postanowienia Dodatkowe, składka inwestycyjna należna z tytułu Postanowień Dodatkowych doliczana jest do składki ochronnej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia i płatna jest w terminach wymagalności składki przewidzianych w umowie Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Towarzystwo określa minimalną wysokość składki inwestycyjnej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

2.
W każdym czasie, niezależnie od składki całkowitej, Ubezpieczający ma 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

dorażnej.

4.
W przypadku nie złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od daty wpłaty składki dorażnej, kwota ta zostanie zainwestowana wg podziału w fundusze obowiązującego dla składki inwestycyjnej.

5.
Wpłata składki dorażnej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki całkowitej.

6.
Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

7.
Przekształcenie, o którym mowa w ust. 6, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.

8.
Pomimo nie opłacania przez Ubezpieczającego składki ochronnej w okresie ubezpieczenia bezskładkowego, ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego. Koszt ryzyka ubezpieczeniowego związanego ze śmiercią Ubezpieczonego pokrywany jest w tym okresie poprzez odliczanie jednostek uczestnictwa z rachunku jednostek uczestnictwa. Liczba odliczanych jednostek

uczestnictwa stanowi iloraz składki ochronnej należnej w związku ze śmiercią Ubezpieczonego i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

9.
W sytuacji, o której mowa w ust. 8, ochrona ubezpieczeniowa wygasa a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, z upływem miesiąca polisowego poprzedzającego miesiąc, w którym liczba jednostek uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie kosztu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego ze śmiercią Ubezpieczonego oraz miesięcznej opłaty administracyjnej. W takiej sytuacji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu pozostałą wartość jednostek uczestnictwa w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

10.
Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.

11.
Zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.

12.
Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu, następuje od najbliższego terminu

wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.

Artykuł VII Fundusze

1.
Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2.
W celu inwestowania wpłaty transferowej, składek inwestycyjnych i składek dorażnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.

3.
Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczającego 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.

4.
Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu

wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.

5.

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.

6.

Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem, określoną w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU. 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.

7.

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%.

8.

W tym samym dniu wyceny różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.

9.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży jednostek uczestnictwa nowych funduszy oraz zaprzestania sprzedaży jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych funduszy.

10.

O zmianie w zakresie oferowanych funduszy Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego na piśmie.

Artykuł VIII

Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek

1.

W dniu rozszerzenia postanowień umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Postanowienia Dodatkowe Towarzystwo otwiera rachunek jednostek uczestnictwa, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.

2.

Po opłaceniu przez Ubezpieczającego składki inwestycyjnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek 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 w dacie początku okresu obowiązywania Postanowień Dodatkowych. Jeżeli składka inwestycyjna została opłacona przez Ubezpieczającego przed terminem jej wymagalności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie wymagalności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą należnej składki inwestycyjnej.

3.

Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek 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.

4.

Wpłata transferowa polega na nabyciu jednostek uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek jest

równa wartości wpłaty transferowej podzielonej przez cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa.

5.
Liczba jednostek ewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.

6.
W pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną. Wysokość tej opłaty ustalana jest przez Towarzystwo okresowo w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

7.
Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z rachunku jednostek uczestnictwa. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa.

Artykuł IX Zmiany funduszy

1.
Ubezpieczający ma prawo zmienić podział składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie

lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2.
Ubezpieczający określa podział składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.

3.
Ubezpieczający ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu wszystkich lub części jednostek uczestnictwa, znajdujących się na rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.

4.
W sytuacji, o której mowa w ust. 3, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży obowiązującej w najbliższym dniu wyceny po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.

5.
W przypadku zmian opisanych w ust. 1 i 3, Towarzystwo pobiera opłaty zgodnie z Tabelą limitów i opłat, stanowiącą załącznik nr 2 do OWU.

6.
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 tym funduszu w ramach rachunku jednostek uczestnictwa.

7.
Towarzystwo dokona zmian w podziale składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego.

Artykuł X Wypłaty

1.
W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości polisy i wartości dodatkowej.

2.
W sytuacji, o której mowa w ust. 1, do obliczenia wartości polisy 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 ust. 1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty.

4.
Prawo do wartości polisy i wartości dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu.

5.
Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo dokona wypłaty całkowitej, rozumianej jako wypłaty sumy wartości polisy i

wartości dodatkowej. Do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę całkowitą. Wartość polisy pomniejsza się o opłatę z tytułu wygaśnięcia Postanowień Dodatkowych.

6.
Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7, Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata części sumy: wartości polisy i wartości dodatkowej.

7.
W przypadku dokonania częściowej wypłaty, wypłacana kwota oraz pozostająca na rachunku jednostek uczestnictwa kwota stanowiąca sumę wartości polisy i wartości dodatkowej nie mogą być niższe od minimalnych, określonych przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

8.
Towarzystwo pobiera opłatę z tytułu częściowej wypłaty w wysokości określonej w Tabeli

opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

9.
W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę z rachunku jednostek uczestnictwa, do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku.

10.
Towarzystwo dokona wypłaty w terminie 30 dni od daty złożenia w Towarzystwie wniosku o wypłatę z rachunku jednostek uczestnictwa.

Artykuł XI **Opłaty i limity**

Wysokości opłat i limitów wartości minimalnych i maksymalnych, o których mowa w OWU, określone są w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

Artykuł XII **Postanowienia końcowe**

1.
W sprawach nieuregulowanych w

Postanowieniach Dodatkowych, postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Indywidualnie Kontynuowanego stosuje się odpowiednio.

2.
Postanowienia Dodatkowe do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr L/1/2/5/2004 z dnia 13 maja 2004 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 czerwca 2004 r.

Generali Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA



Erich Fischer
Prezes Zarządu

Generali Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA



Zygmunt Kostkiewicz
Członek Zarządu