



CONCORDIA

UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

**STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE
OFERTA „ŻYCIE CASCO”**

ŻYCIE I ZDROWIE

SPIS TREŚCI

SKOROWIDZ	3
POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
WARUNKI UBEZPIECZENIA	7
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	10
KLAUZULE	12
ZAŁĄCZNIKI	20
JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ?	23

ZASADY SKŁADANIA REKLAMACJI

- Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez WTUŻIR Concordia Capital SA (zwaną dalej Ubezpieczycielem).
- Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
- Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
 - osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia;
 - osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 392, ze zm.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- Zgodnie z przyjętymi przez Ubezpieczyciela zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia.
- Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
 - pisemnie na adres Ubezpieczyciela: **ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań**;
 - telefonicznie pod numerem telefonu **61 858 48 00**;
 - jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl**.
- Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
- W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
- Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
- Spory związane z usługami świadczonymi przez Ubezpieczyciela mogą być rozstrzygane:
 - w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
 - przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
- Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
 - Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl);
 - Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia (www.uokik.gov.pl);
 - Platformy ODR prowadzonej przez Komisję Europejską (internetowy system rozstrzygania sporów), jeżeli Klient zawarł Umowę ubezpieczenia jako konsument za pośrednictwem internetu (www.ec.europa.eu/consumers/odr).
- Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
- Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

Wykaz postanowień umownych – OWU stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie (zatwierdzone uchwałą Zarządu WTUŻiR Concordia Capital SA z 15 listopada 2017 r.) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

	OWU stosowane do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 14
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 13
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 13 ust. 1 w zw. z § 5 ust. 1 pkt 6)
Karencja	§ 15
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 4 ust. 6 i 7; § 17
Suma ubezpieczenia	§ 8

Jeżeli Klient zdecydował się na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o klauzule dodatkowe – niezbędne jest również zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul dodatkowych w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Wybór klauzul dodatkowych oznacza, że Klienta obowiązują zapisy obu tabel (powyższej i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 6
Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy

Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 13 Trwałe kalectwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 16 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 3; § 3
Klauzula 17 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	§ 1; § 2	§ 1 ust. 5; § 3
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	§ 1; § 2	§ 1 ust. 5; § 3
Klauzula 49 Choroby nowotworowe i inne poważne zachorowania Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 3; § 5; § 6
Klauzula 50 Choroba śmiertelna Ubezpieczonego	§ 1; § 2	§ 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE

S 1

Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie zawieranych przez Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia OWU, stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest również w zakresie określonym w § 7 ust. 2, do ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie również postanowienia klauzul dodatkowych, stanowiące integralną część Umowy.
- Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/klauzul dodatkowych;
 - postanowienia klauzul dodatkowych;
 - postanowienia OWU.

S 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w Umowie indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (Umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest wychowawczym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 30) niniejszych warunków. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników;
- choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej. Przykładem chorób przewlekłych zgodnie z powyższą definicją są: astma oskrzelowa, mózgowie porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek, łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów;
- choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach F00 do F99;
- choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – całkowita utrata przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, która nie jest trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy w rozumieniu OWU;
- dokument ubezpieczenia** – dokument stanowiący potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa;
- karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- klauzula** lub **klauzula dodatkowa** – umowa dodatkowa, stanowiąca integralną część Umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowane jest ryzyko i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania lekarza orzecznika Ubezpieczonego wniośł sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym

organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;

- nieszczęśliwy wypadek** – nagle i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia ciała lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
- stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi: do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu OWU pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgnarskiej, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoriów, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- świadczenie główne** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, wypłacane na zasadach określonych w § 7 ust. 1;
- świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela z Umowy ubezpieczenia w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o klauzulę (ryzyka) dodatkową, wypłacane na zasadach określonych w postanowieniach poszczególnych klauzul dodatkowych;
- trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej;
- inwalidztwo** – wskazane w Załączniku nr 3 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- trwałe kalectwo** – wskazane w Załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
- Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
- udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - spowodowane zewnętrznym urazem;
 - wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistnienia, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 25) **Uposażony główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

- 26) **Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
- 27) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 28) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, z której życiem lub zdrowiem związana jest ochrona udzielana w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu;
- 29) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 30) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
 - a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - b) jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - c) łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 31) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3 Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres:
 - 1) w przypadku Umowy rocznej – okres jednego roku kalendarzowego, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela,
 - 2) w przypadku Umowy długoterminowej – wielokrotności okresu jednego roku kalendarzowego, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
2. W odniesieniu do umów rocznych Umowa ubezpieczenia może być automatycznie przedłużona na kolejne, roczne okresy ubezpieczenia, jeśli:
 - 1) żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed dniem rocznicy polisy, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu Umowy i
 - 2) zostanie zapłacona kolejna składka jednorazowa bądź składka regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.
 Dokument ubezpieczenia wskazuje, czy w odniesieniu do danej Umowy ubezpieczenia ma zastosowanie określona powyżej zasada automatycznego przedłużenia Umowy na kolejny roczny okres ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, zastrzegając, że brak zgody będzie równoznaczny z rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia z upływem danego okresu ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
5. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu może dotyczyć również zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osób Współubezpieczonych – pod warunkiem włączenia do Umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące wyłączeń w ochronie ubezpieczeniowej, które odnoszą się do Ubezpieczonego, odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
6. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.
7. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. OWU określają, jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
8. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:

- 1) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostanie przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkiowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
9. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 8 pkt 1) – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
 10. W przypadku gdy Umowę zawarto na cudzy rachunek, w razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony może wstąpić za zgodą Ubezpieczyciela w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, jeżeli złoży Ubezpieczycielowi wniosek w tej sprawie w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego. Obowiązki Umowy ubezpieczenia (oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej) zostaje zawieszona na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4 Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klauzul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
7. W przypadku uchybienia obowiązkiowi, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
8. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego. Umowę ubezpieczenia, w zakresie o którym mowa w § 11 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości z chwilą doręczenia tego dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.
10. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek

ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, a także OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, które to postanowienia wymagają formy pisemnej.

§ 5 Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki – w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 13,
 - upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
 - dożycia przez Ubezpieczonego 71 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia,
 - wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – jeśli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 5 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierci Ubezpieczającego w Umowie zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 10 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od dnia doręczenia wypowiedzenia Ubezpieczycielowi.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, przysługujący od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6 Przedmiot Umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie bądź życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz – o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje takie klauzule dodatkowe – sytuacje w życiu Ubezpieczonego związane ze zdarzeniami dotyczącymi życia lub zdrowia osoby Współubezpieczonej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje klauzulę dodatkową, z której postanowień to wynika, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7 Zakres ubezpieczenia Ryzyko śmierci Ubezpieczonego oraz ryzyko dodatkowe

- Umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego (ryzyko podstawowe). W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie główne w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci.
- Umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowe klauzule (ryzyka dodatkowe), będące w ofercie Ubezpieczyciela, w ramach których wypłacane bądź spełniane są świadczenia dodatkowe. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń dodatkowych zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul dodatkowych oraz w dokumencie ubezpieczenia.
- W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie OWU lub klauzul dodatkowych, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika co innego.
- Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia,

przysługuje świadczenie z każdej Umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.

- Zakres Umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.
- W okresie, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli dodatkowej nie jest udzielana ze względu na fakt, że zgodnie z postanowieniami tej klauzuli dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa:
 - jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na zapisy dotyczące karencji);
 - bądź uległa zawieszeniu;
 - bądź wygasła na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności;

Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli dodatkowej udziela zamiast tego ochrony w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, w którym Ubezpieczony na skutek takiego przekształcenia ochrony jest objęty wielokrotnie ochroną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenia dodatkowe wypłacane w ramach tej klauzuli podlegają kumulacji.

§ 8 Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego ustalana jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) dodatkowych ustalana jest w dokumencie ubezpieczenia, o ile nie wynika wprost z postanowień danej klauzuli dodatkowej.
- Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach danego ryzyka, na zasadach ustalonych w OWU lub postanowień danej klauzuli dodatkowej.

§ 9 Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia, w szczególności zastosowanie okresów karencji. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
- Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa lub pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa lub pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 11 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.

12. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
13. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 11, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy, termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela jako ostateczny termin jej uregulowania.

§ 10 Indeksacja

1. Ubezpieczający, z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia, za zgodą Ubezpieczyciela może wskazać w jakiej wysokości procentowej: 0%, 10% lub 20%, Ubezpieczyciel ma dokonać podwyższenia sumy ubezpieczenia (indeksacja) dla ryzyk wchodzących w zakres Umowy ubezpieczenia. Indeksacja sum/y ubezpieczenia powoduje podwyższenie składki regularnej zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej.
2. Ubezpieczyciel nie później niż na miesiąc przed kolejną indeksacją sumy ubezpieczenia zawiadamia Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej sum/y ubezpieczenia i wysokości składki regularnej.
3. Wskaźnik indeksacji określany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel będzie dokonywał indeksacji co 5 lat, przy założeniu, że Umowa ubezpieczenia wciąż obowiązuje. Indeksacja nie będzie dokonywana po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.

§ 11 Tryb udzielania ochrony

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
2. Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w OWU oraz w treści klauzul.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka. W takim przypadku zastosowanie mają ust. od 4–6 poniżej.
4. W przypadku określonym w ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa udzielona Ubezpieczonemu ma charakter tymczasowy. Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - 1) Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
 - 2) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniej niż dzień po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia, w którym doszło do zawarcia Umowy w zakresie, o którym mowa w ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w ust. 5. W każdym przypadku tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie trwa dłużej niż 60 dni licząc od daty złożenia wniosku.
 - 3) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku, gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony, nie opłacono składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej.
 - 4) Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, który prowadzi do śmierci Ubezpieczonego. W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 000 zł, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
5. Pełna ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem potwierdzenia jej przez Ubezpieczyciela poprzez wystawienie polisy. Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej).
6. Dodatkowa ocena ryzyka, o której mowa w ust. 3, dokonywana jest w sposób następujący:
 - 1) Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od poddania

się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego;

- 2) Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia, jak również zasięgania informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 12 Okres ochrony

1. Z zastrzeżeniem § 13, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Automatyczne przedłużenie obowiązywania Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 2, powoduje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia na taki kolejny roczny okres. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie wystawia nowego dokumentu ubezpieczenia.

§ 13 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich klauzul (ryzyk) dodatkowych objętych ochroną, o których mowa w § 7 ust. 2, w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach klauzul, o których mowa w § 7 ust. 2, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul).
3. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach danej klauzuli dodatkowej, zgodnie z postanowieniami tej klauzuli ulegnie zawieszeniu bądź wygaśnię, ochrona udzielana w ramach tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 6.

§ 14 Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka podstawowego śmierci Ubezpieczonego (lub Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa przed upływem 2 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego/Współubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, działań zbrojnych, misji pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażycia narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanych przez uprawnionego lekarza.
2. W stosunku do innych ryzyk dodatkowych (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonego – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 1 (np. marskość wątroby);
 - 3) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa;
 - 4) wykonywania procedur medycznych lub leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane;
 - 5) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 6) w wyniku niezasadzonego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 7) prowadzenia pojazdu lądowego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 8) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych oraz – o ile postanowienia danej klauzuli nie stanowią inaczej – chorób przewlekłych;
 - 9) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce

- przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 10) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakiegokolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób wyczynowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z wyczynowym uprawianiem sportu;
 - 11) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 12) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki przy użyciu specjalistycznego sprzętu, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających ww. dyscypliny sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
 - 13) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
 - a) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
 - b) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
 4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 15 Karencja

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji dla poszczególnych klauzul dodatkowych.
2. Okresy karencji – jeśli mają zastosowanie – wskazane są w treści poszczególnych klauzul i rozpoczynają się od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa.
3. W okresie karencji, mającym zastosowanie zgodnie z postanowieniami danej klauzuli dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa w tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 6.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, karencja nie ma zastosowania w odniesieniu do danego ryzyka dodatkowego, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy bądź wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia indywidualnego albo wystąpienie z Umowy ubezpieczenia grupowego lub też zakończenie ochrony w stosunku do Ubezpieczonego z innej przyczyny),
 - 2) inny zakład ubezpieczeń w ramach takiej innej Umowy ubezpieczenia udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do analogicznego ryzyka, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli dodatkowej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, która to klauzula przewiduje okres karencji,
 - 3) od momentu rezygnacji z poprzedniej Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń lub od momentu wygaśnięcia ochrony w ramach analogicznego ryzyka objętego ochroną w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach Umowy zawartej na podstawie OWU nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni,
 - 4) z zastrzeżeniem ust. 5, okres karencji ulega skróceniu o okres, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie takiego analogicznego ryzyka w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń.
5. W przypadku wskazanym w ust. 4, do momentu, w którym upłynąłby okres karencji przewidziany w postanowieniach danej klauzuli dodatkowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w granicach wynikających z warunków poprzedniej Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz w granicach wynikających z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie

OWU (z uwzględnieniem postanowień danej klauzuli dodatkowej). Oznacza to, że Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z uwzględnieniem tego limitu odpowiedzialności, który jest niższy oraz z uwzględnieniem tych ograniczeń zakresu ubezpieczenia, które są szersze.

6. Postanowienia ust. 4 i 5 stosuje się odpowiednio również w odniesieniu do sytuacji, w której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem (Concordia Capital).

§ 16 Osoby uprawnione do świadczenia. Uposażony

1. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi poniżej.
2. W przypadku pozostałych ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych, o ile z postanowień danej klauzuli nie wynika inaczej, Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.
3. Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
 - 5) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2 do 4 powyżej;
 - 7) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada spadkobiercom Ubezpieczonego według ich udziału w spadku.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 17 Postępowanie w razie zdarzenia

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/ Uposażony jest obowiązany:
 - 1) każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty zajścia zdarzenia,
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - 3) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu,
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej,
 - 7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia,
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem,

- 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
 3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
 4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
 5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 18 Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
4. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania, celem ustalenia stanu zdrowia tej osoby dla celów określenia rozmiaru należnego świadczenia. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej. Jednak stan zdrowia takiej osoby może zostać ustalony również na podstawie dokumentacji lekarskiej, w szczególności w przypadku, gdy osoba ta już zmarła.
8. W przypadku, gdy ustalenie rozmiarów świadczenia zależy od ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa (w odniesieniu do świadczeń dodatkowych, których dotyczą klauzule dodatkowe przewidujące odpowiedzialność Ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzeń w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się w sposób następujący:
 - 1) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest w procentach, w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia zgodnie z:
 - a) Tabelą rodzaju uszczerbku (Załącznik nr 1) – dla stopnia trwałego uszczerbku;

- b) Tabelą rodzaju kalectwa (Załącznik nr 2) – dla stopnia trwałego kalectwa;
 - c) Tabelą rodzaju inwalidztwa (Załącznik nr 3) – dla stopnia inwalidztwa.
- 2) Tabele, o których mowa w pkt 1), są dostępne w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl oraz stanowią załącznik do OWU.
 - 3) Jeśli w wyniku jednej i tej samej przyczyny Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa, z zastrzeżeniem pkt 4), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się poprzez zsumowanie wartości procentowych poszczególnych rodzajów uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia, z tym zastrzeżeniem, że łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa nie może przekroczyć 100%.
 - 4) W przypadku gdy dany rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w Tabelach, o których mowa w pkt 1), zawiera w sobie również inny rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w tychże Tabelach, jako podstawę do ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa przyjmuje się jedynie ten rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, który zawiera w sobie inne rodzaje uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia (przykładowo – w przypadku utraty całej kończyny dolnej Ubezpieczyciel nie będzie uwzględniał osobno uszkodzeń ciała takich jak utrata podudzia czy utrata stopy).
 - 5) Jeżeli dojdzie do utraty bądź uszkodzenia narządu bądź układu, którego funkcje przed zajściem zdarzenia były już upośledzone w wyniku niebezpieśliwego wypadku lub choroby to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa istniejącym po i przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 6) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był trwały uszczerbek na zdrowiu, trwałe kalectwo lub inwalidztwo. Późniejsza zmiana (polepszenie lub pogorszenie) stanu zdrowia nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 - 7) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie Tabel, o których mowa w pkt 1).

§ 19 Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

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

§ 20 Forma świadczenia ubezpieczeniowego

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21 Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia może składać oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. O ile inna forma składania oświadczeń nie wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa lub postanowień OWU, w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia na piśmie.
3. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 22

Przepisy mające zastosowanie do Umowy

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

§ 23

Zatwierdzenie i wejście w życie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.



Członek Zarządu
Grzegorz Kukła



Prezes Zarządu
Jacek Smolarek

KLAUZULE

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło:
 - w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia,Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenie określone w ust. 3
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty jednego dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
- W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3), warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia nie miały ukończonego 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
- Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło na terenie RP.

§ 3 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 4 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek

- nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili śmierci dziecko Ubezpieczonego nie miało ukończonego 25 roku życia.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zgodnie z § 2 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- wniosku o wypłatę świadczenia,
- kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

współmałżonek Ubezpieczonego – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:

- który ukończył 18 rok życia oraz
- który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub jest współwłaścicielem nieruchomości z Ubezpieczonym, w której wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci współmałżonka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 niniejszej klauzuli.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 13 TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dob i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek kalectwa Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, jeśli dane kalectwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia trwałego kalectwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów kalectwa (Załącznik nr 2).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego kalectwa oraz bez względu na ilość trwałych kalectw doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia trwałego kalectwa, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz

świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

4. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego kalectwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajęcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka podstawowego śmierci Ubezpieczonego lub (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) ryzyka dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie główne z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) świadczenie dodatkowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia głównego z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub świadczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia głównego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) świadczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, kwota świadczenia z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconego wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 16 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, w dacie określonej zgodnie z postanowieniami ust. 4.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem

powstała niezdolność do pracy, przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

- Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy, bez względu na to, czy ustalenie tego okresu nastąpiło na podstawie jednego orzeczenia czy też następujących po sobie orzeczeń. Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy.
- Jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego zostanie orzeczona trwała i całkowita niezdolność do pracy, świadczenie wynikające z ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego w ramach klauzuli czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach tej klauzuli).

§ 3 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa:
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalający na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 17 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia i nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie chorobą niebędącą następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 6-miesięczną karencję.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy, bez względu na to, czy ustalenie tego okresu nastąpiło na podstawie jednego orzeczenia czy też następujących po sobie orzeczeń. Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy, a jednocześnie ponowne wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy będzie spowodowane:
 - inną chorobą niż choroba, która spowodowała poprzednią całkowitą niezdolność do pracy;
 - oraz inną chorobą, niż choroba pozostająca w związku z chorobą, o której mowa w pkt 1).

§ 3 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby wygasa:
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli

ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływnie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

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

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Załącznik nr 3).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez Ubezpieczonego.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka podstawowego śmierci Ubezpieczonego lub (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) ryzyka z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie główne z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) świadczenie dodatkowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia głównego z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub świadczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia głównego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) świadczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 44 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowanie choroby, będących podstawą orzeczenia niezdolności do pracy, w okresie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest pojedyncze orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. Jednak jako podstawy do uznania zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie uznaje się orzeczeń wydanych w celu ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności wypadku lub choroby lub dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, jednak jeśli trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
5. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności Ubezpieczonego do pracy 6-miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do pracy był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejścia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnej wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki poczynawszy od najbliższego dnia wymagalności składki regularnej po dniu wskazanym w orzeczeniu o niezdolności do pracy, jako jej początek. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością.
4. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ewentualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
5. W przypadku przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacenia składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w Umowie ubezpieczenia.
6. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym, jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3

Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały;
- 2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2 i 3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszyły przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1).

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy (czasowej lub trwałej i całkowitej) oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 49

CHOROBY NOWOTWOROWE I INNE POWAŻNE ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

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

- 1) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego; d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 2) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych niż odpowiadających definicji zawału serca;

- 3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W celu uniknięcia wątpliwości uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0;
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0;
 - d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stadium zaawansowania klinicznego nie wyższym niż T2N0M0;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - f) jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale lub moczu;
- 4) **przeszczepianie narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
 - 5) **schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
 - 6) **operacja pomostowania tętnic wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakiegokolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - 7) **schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - b) trwała żółtaczka,
 - c) żylaki przełyku,
 - d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu lub leków;

- 8) **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytek neurologiczny;
- 9) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakiegokolwiek procedur terapeutycznych (w tym leczeniem farmakologicznym, zabiegowym lub operacyjnym);
- 10) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. W celu uniknięcia wątpliwości uznaje się, że ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 11) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być

- potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych (w tym leczeniem farmakologicznym, zabiegowym lub operacyjnym);
- 12) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych (w tym leczeniem farmakologicznym, zabiegowym lub operacyjnym);
 - 13) **ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 14) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe, ale nieudowodnione;
 - 15) **śpiączka** – stan utraty przytomności 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 potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 16) **pneumonektomia** – operacja polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji polegających na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu);
 - 17) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - c) podawanie preparatów immunosupresyjnych, d) przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
 - 18) **zakażenie wirusem HIV/AIDS** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
 - a) przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
 - b) jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, technika laboratoryjnego, strażaka lub policjanta, pracownika służby więziennej. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
 - c) przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;
 - 19) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba, powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej;
 - b) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) ubierania się i rozbierania się;
 - c) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) mycia się i toalety;
 - d) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) przemieszczania się po domu pomiędzy pomieszczeniami;
 - e) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) poruszania się – samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania i wstawania z fotela;
 - f) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
 - 20) **choroba Parkinsona** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności, pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej;
 - b) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) ubierania się i rozbierania się;
 - c) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) mycia się i toalety;
 - d) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) przemieszczania się po domu

- między pomieszczeniami;
- e) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) poruszania się – samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania i wstawania z fotela;
 - f) samodzielnego (bez pomocy osób trzecich) jedzenia wszelkich posiłków gotowych.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych;

- 21) **paraliż** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. W celu uniknięcia wątpliwości uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
- 22) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
 - a) szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - b) szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - c) szybko narastająca żółtaczka,
 - d) martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;

- 23) **choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
- 24) **ciężka sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. W celu uniknięcia wątpliwości uznaje się, że ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:
 - a) tętno >2 odchył standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki;
 - b) temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foley'a lub w żyłę centralnej >38,5°C lub <36°C;
 - c) częstość oddechów >2 odchył standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej;
 - d) poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych;
 - e) poziom cukru we krwi >120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;
- 25) **operacja zastawek serca** – pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa;
- 26) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

5.2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania, została zdiagnozowana w życiu Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to pod warunkiem, że zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
2. Za moment wystąpienia zdarzenia w postaci poważnego zachorowania uznaje się:
 - 1) w odniesieniu do wszystkich rodzajów poważnych zachorowań, za wyjątkiem poważnych zachorowań wskazanych w pkt 2)–4) poniżej, moment postawienia pierwszej diagnozy, z której wynika, że doszło do poważnego zachorowania,

z tym, że jeżeli zgodnie z definicją danego poważnego zachorowania określoną w § 1 warunkiem stwierdzenia, że wystąpiło poważne zachorowanie jest postawienie diagnozy przez lekarza określonej specjalizacji – bierze się pod uwagę wyłącznie diagnozę postawioną przez takiego lekarza określonej specjalizacji;

- 2) w odniesieniu do przeszczepiania narządów – moment dokonania Ubezpieczonemu jako biorcy przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep narządu;
 - 3) w odniesieniu do:
 - a) operacji pomostowania tętnic wieńcowych,
 - b) pneumonektomii,
 - c) operacji zastawek serca,
 - moment przeprowadzenia operacji chirurgicznej odpowiadającej definicji takiego poważnego zachorowania;
 - 4) w odniesieniu do zakażenia wirusem HIV/AIDS – moment wystąpienia jednego ze zdarzeń wskazanych w § 1 pkt 18) ppkt a)–c), będącego przyczyną zakażenia.
3. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 3-miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego z wariantów zakresu ochrony, o których mowa w § 4.
5. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio:
 - 1) w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych;
 - 2) w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammo- graficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badania palpacyjne odbytu).
6. Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstęp pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4 Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantcie standardowym, pełnym albo w wariantcie nowotworów.
2. Wariant standardowy – obejmuje wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) udar mózgu,
 - 2) zawał serca,
 - 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczepianie narządów,
 - 5) schyłkowa niewydolność nerek,
 - 6) operacja pomostowania tętnic wieńcowych.
3. Wariant pełny – obejmuje wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) udar mózgu,

- 2) zawał serca,
 - 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczepianie narządów,
 - 5) schyłkowa niewydolność nerek,
 - 6) operacja pomostowania tętnic wieńcowych,
 - 7) schyłkowa niewydolność wątroby,
 - 8) łagodny nowotwór mózgu,
 - 9) utrata wzroku,
 - 10) utrata kończyn,
 - 11) utrata mowy,
 - 12) utrata słuchu,
 - 13) ciężkie oparzenie,
 - 14) stwardnienie rozsiane,
 - 15) śpiączka,
 - 16) pneumonektomia,
 - 17) anemia aplastyczna,
 - 18) zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - 19) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - 20) choroba Parkinsona,
 - 21) paraliż,
 - 22) wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
 - 23) choroba Alzheimer’a,
 - 24) ciężka sepsa,
 - 25) operacja zastawek serca,
 - 26) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
4. Wariant nowotwory – obejmuje wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór złośliwy,
 - 2) łagodny nowotwór mózgu.
5. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony dozna poważnego zachorowania, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym poważnym zachorowaniem Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty zdiagnozowania poważnego zachorowania, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka podstawowego śmierci Ubezpieczonego:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie główne z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia głównego z tytułu śmierci Ubezpieczonego ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu poważnego zachorowania. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia głównego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6 Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
 - 2) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe;
 - 3) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku, gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje również przypadków wyłączonych z zakresu ubezpieczenia w definicjach poszczególnych poważnych zachorowań, określonych w § 1.
3. W odniesieniu do zakażenia wirusem HIV/AIDS – Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku uchybienia przez Ubezpieczonego obowiązkom wskazanym w § 7 ust. 1.
4. Na użytek ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w ust. 5–7, wprowadza się pięć grup poważnych zachorowań:
 - 1) Grupa I – anemia aplastyczna, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, schyłkowa niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczepianie narządów, ciężka sepsa;
 - 2) Grupa II – operacja pomostowania tętnic wieńcowych, zawał serca, udar mózgu, operacja zastawek serca;
 - 3) Grupa III – łagodny nowotwór mózgu, nowotwór złośliwy, pneumonektomia;
 - 4) Grupa IV – utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyn, utrata mowy,

- zakażenie wirusem HIV/AIDS, ciężkie oparzenia;
- 5) Grupa V – choroba Alzheimera, choroba Creutzfeldta- Jakoba, śpiączka, stwardnienie rozsiane, paraliż, choroba Parkinsona, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
 5. Jeżeli poważne zachorowanie, z tytułu którego zostało wypłacone/przyznane świadczenie, należało do Grupy I, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania wygasa.
 6. Jeżeli poważne zachorowanie, z tytułu którego zostało wypłacone/przyznane świadczenie, należało do Grupy II, III, IV albo V, to z dniem wypłaty/nabycia prawa do tego świadczenia zostaje wyłączona odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pozostałych rodzajów poważnego zachorowania należących do tej samej grupy oraz wszystkich rodzajów poważnych zachorowań należących do Grupy I.
 7. Ubezpieczyciel, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, może wypłacić maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych poważnych zachorowań, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wskazanych w ustępach powyższych. Po wypłacie trzeciego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania wygasa.

§ 7 Szczególne obowiązki Ubezpieczonego w odniesieniu do ryzyka zakażenia wirusem HIV/AIDS

1. W odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej na wypadek wystąpienia zakażenia wirusem HIV/AIDS – w przypadku wystąpienia jednego ze zdarzeń wymienionych w § 1 pkt 18) b), obowiązkiem Ubezpieczonego jest niezwłocznie – jednak nie później niż w ciągu 7 dni od zdarzenia:
 - 1) powiadomienie Ubezpieczyciela o takim zdarzeniu;
 - 2) poddanie się badaniom krwi na obecność przeciwciał wirusa HIV.
2. Konsekwencje niewykonania tego obowiązku określa § 6 ust. 3.

§ 8 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego;
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU;
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

§ 9 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 50 CHOROBA ŚMIERTELNA UBEZPIECZONEGO

§ 1 Ochrona w zakresie ryzyka wystąpienia choroby śmiertelnej

1. Odmienne niż wskazano w § 7 ust. 1 OWU, Umowa ubezpieczenia w zakresie ryzyka podstawowego obejmuje:
 - 1) ryzyko śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) oraz ryzyko wystąpienia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego.
2. Przez chorobę śmiertelną, o której mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, rozumie się chorobę, która zgodnie z aktualnym na dzień wystąpienia choroby śmiertelnej stanem wiedzy medycznej jest nieuleczalna oraz nie rokuje szans na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania tej choroby. Przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa powyżej, muszą być ustalone przez co najmniej dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.
3. Dniem zajścia zdarzenia w odniesieniu do ryzyka wystąpienia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego jest dzień postawienia pierwszej diagnozy przez jednego z lekarzy, o których mowa w ust. 2.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego pod warunkiem, że ta choroba została zdiagnozowana po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego.

§ 2 Świadczenie z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego, aktualnej na dzień zajścia zdarzenia polegającego na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej, nie wyższe jednak niż 300 000 zł (słownie: trzysta tysięcy złotych).
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest Ubezpieczonemu.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest przedpłatą na poczet świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, co oznacza, że pomniejsza ono kwotę świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone o ile w dniu, w którym miało zostać wypłacone, Ubezpieczony żyje. W przypadku, gdy Ubezpieczony zmarł przed dniem, w którym świadczenie to miało zostać wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w pełnej wysokości, na zasadach określonych w OWU dla świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
5. W okresie ponoszenia przez Ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej, niezależnie od liczby chorób śmiertelnych i momentu ich zdiagnozowania.
6. Wypłata świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej nie powoduje wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i w związku z tym nie zwalnia z obowiązku opłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
7. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej należy dołączyć:
 - 1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Ubezpieczyciela, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego;
 - 2) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępianie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego;
 - 3) diagnozę i rokowania choroby śmiertelnej ustalone przez co najmniej dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.

§ 3 Pozostałe postanowienia

1. Włączenie niniejszej klauzuli do warunków udzielanej ochrony ubezpieczeniowej wymaga opłacenia dodatkowej składki. Ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli finansowana jest ze składki za ryzyko podstawowe śmierci Ubezpieczonego.
2. W zakresie nieregulowanym postanowieniami § 1 i 2 zastosowanie mają postanowienia OWU.

§ 4 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.



Członek Zarządu
Grzegorz Kukła



Prezes Zarządu
Jacek Smolarek

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 2 Tabela rodzaju kalectwa

Rodzaj trwałego kalectwa na zdrowiu	Procent trwałego kalectwa na zdrowiu
Całkowita utrata:	
1. wzroku w jednym oku	35
2. wzroku w obydwu oczach	100
3. słuchu w jednym uchu	20
4. słuchu w obu uszach	50
5. węchu i zmysłu powonienia łącznie	10
6. języka i zmysłu smaku łącznie	50
Całkowita fizyczna utrata:	
7. kciuka	20
8. palca wskazującego	10
9. palca dłoni poza kciukiem i palcem wskazującym	5
10. palucha	5
11. palca stopy poza paluchem	2
12. wszystkich palców stopy	25
Całkowita fizyczna utrata lub utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	
13. kończyna górna w stawie barkowym	70
14. przedramię (kończyna górna powyżej stawu łokciowego a poniżej stawu barkowego)	65
15. śródreżce (kończyna górna poniżej stawu łokciowego a powyżej nadgarstka)	50
16. nadgarstek (kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka)	55
17. kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
18. podudzie (kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego)	60
19. kończyna dolna poniżej stawu kolanowego a powyżej środkowej części	50
20. kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia a powyżej stopy (stawu kolanowego)	45
21. kończyna dolna – utrata stępu (stopa w stawie skokowym)	40
22. kończyna dolna – śródstopie (stopa z wyłączeniem pięty)	30
Złamania:	
23. Złamanie kości podstawy i sklepienia czaszki	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
24. Złamanie kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (paliczki kciuka i kości śródreżca), palca wskazującego, obojczyka, rzepki, kości skokowej, piętowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	6
c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
25. Złamanie kości podstawy i sklepienia łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
26. Złamanie kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8

d) inne złamania	3
27. Złamanie obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
28. Złamania kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, łódkowatej stopy, sześcienniej, klinowatych	
a) wieloodłamowe otwarte	8
b) inne złamania otwarte	6
c) inne złamania wieloodłamowe	4
d) inne złamania	2
29. Złamania kości śródręcza i śródstopia, nadgarstka, mostka:	
a) złamania otwarte	6
b) inne złamania	2
30. Złamania kości: żeber, wyrostków ościistych i poprzecznych kręgosłupa, ogonowej, strzałkowej, łonowej, kulszowej, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskaziciela):	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
31. Złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamanie pod-i przeskrętarzowe):	
a) wieloodłamowe otwarte	25
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	5
32. Złamanie kości: talerza biodrowego, kolcy biodrowych, trzonu kręgów, guza kulszowego:	
a) złamania otwarte	8
b) inne złamania	3
33. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe otwarte	15
b) inne złamania otwarte	10
c) inne złamania wieloodłamowe	8
d) inne złamania	3
34. Złamanie obu kości podudzia:	
a) wieloodłamowe otwarte	10
b) inne złamania otwarte	8
c) inne złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3
Oparzenia (II i III stopnia):	
35. oparzenia obejmujące 5-15% powierzchni ciała	10
36. oparzenia obejmujące 16-30% powierzchni ciała	25
37. oparzenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
Porażenie:	
38. porażenie czterokończynowe	100
39. porażenie dwukończynowe	60

Załącznik nr 3 Tabela rodzaju inwalidztwa

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

Jak zgłosić szkodę?



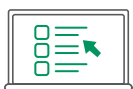
E-mail

cc.swiadczenia@concordiaubezpieczenia.pl



Fax

61 858 48 99



WWW

Formularze ON-LINE na

www.concordiaubezpieczenia.pl