



Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Obowiązujące dla Ubezpieczonych od dnia 1 czerwca 2014 roku

Spis treści

I.	Postanowienia ogólne	2	XIV.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	8
II.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3	XV.	Poważne zachorowanie	9
III.	Obejmowanie ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	4	XVI.	Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do roszczeń z tytułu nieszczęśliwego wypadku, całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub krwotoku śródmózgowego	11
IV.	Karencja	4	XVII.	Leczenie szpitalne	12
V.	Obowiązki Ubezpieczającego	5	XVIII.	Zgon współubezpieczonego	15
VI.	Obowiązki Ubezpieczyciela	5	XIX.	Urodzenie się dziecka	15
VII.	Składka ubezpieczeniowa od Ubezpieczonego	5	XX.	Urodzenie martwego noworodka	15
VIII.	Suma ubezpieczenia oraz zmiana wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej	6	XXI.	Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	15
IX.	Zgon Ubezpieczonego	6	XXII.	Wyплата świadczeń ubezpieczeniowych	15
X.	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym oraz wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	6	XXIII.	Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	17
XI.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	6	XXIV.	Postanowienia końcowe	17
XII.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	7			
XIII.	Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	7			

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera z Ubezpieczającym umowę Grupowego Ubezpieczenia na Życie na rachunek Ubezpieczonych.

2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Warunków Ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

Terminom użytym w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

1) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją;

2) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;

3) **całkowita, trwała niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca co najmniej przez okres 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiejkolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;

4) **choroba przewlekła** - stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, w trakcie którego występują okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów;

5) **czasowa niezdolność do pracy** - czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego;

6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu obejmowania Ubezpieczonego ubezpieczeniem;

7) **certyfikat uczestnictwa, będący jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową** - dokument, w którym osoba oświadcza Ubezpieczycielowi, iż wyraża zgodę na objęcie ubezpieczeniem;

8) **droga** - wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu pieszych;

9) **grupa Ubezpieczonych** - wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia;

10) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia;

11) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;

12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;

13) **objęcie ubezpieczeniem** - objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia;

14) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia;

15) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydzielonym, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonemu w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów;

16) **ojczym, macocha** - osoba pozostająca w związku małżeńskim z niepozbanionym władzy rodzicielskiej rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji rodzica) lub z niepozbanionym władzy rodzicielskiej rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka (o ile wdowiec lub wdowa nie wstąpiła ponownie w związek małżeński);

17) **okres rozliczeniowy** - ustalony w umowie ubezpieczenia miesięczny okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową;

18) **pojazd** - środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane; pojazdem jest również tramwaj poruszający się po drodze;

19) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

20) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego;

21) **rodzic** - rodzic Ubezpieczonego niepozbaniony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;

22) **składka ubezpieczeniowa** - ustalona w umowie ubezpieczenia składka, opłacana przez Ubezpieczającego, z tytułu obejmowania ubezpieczeniem Ubezpieczonych

23) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego;

24) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;

25) **szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego;

26) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, z uwzględnieniem stosowanych okresów karencji oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia;

27) **teść** - rodzic małżonka niepozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka;

28) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

29) **Ubezpieczający** - Krajowe Stowarzyszenie ubezpieczonych w Grupie Otwartej, zawierające z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych;

30) **Ubezpieczony** - członek Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej, osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia;

31) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1;

32) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, określająca zasady obejmowania ubezpieczeniem;

33) **współubezpieczony** - osoba której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2 pkt 7-13, 19-20, 25-26

34) **wyczynowe uprawianie sportu** - aktywność osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela polegająca na:

a) uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianiu dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,

b) uczestniczeniu w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;

35) **wyłączenie z ubezpieczenia** - zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego;

36) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nieszczęśliwy wypadek, potwierdzony w dokumentacji z postępowania prowadzonego przez policję, straż miejską, prokuraturę lub sąd, w którym:

a) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze,

b) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany w szczególności kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu);

37) **wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek, potwierdzony w karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy, który miał miejsce:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy agencyjnej, bądź

b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy wyłącznie w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę,

c) podczas lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.

2. Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego i z zastosowaniem postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia, następujące zdarzenia losowe:

1) zgon Ubezpieczonego (objęty zakresem ubezpieczenia w każdym przypadku),

2) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

3) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

4) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,

5) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

6) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,

7) zgon małżonka,

8) zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

9) zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

10) zgon dziecka,

11) zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

12) zgon rodzica,

- 13) zgon teścia,
- 14) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 15) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 16) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 17) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 18) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym, rozszerzonym, maksymalnym lub maksymalnym plus),
- 19) poważne zachorowanie małżonka (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),
- 20) poważne zachorowanie dziecka,
- 21) leczenie szpitalne Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),
- 22) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 23) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,
- 24) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 25) leczenie szpitalne małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 26) leczenie szpitalne dziecka,
- 27) urodzenie się dziecka,
- 28) urodzenie martwego noworodka,
- 29) osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.

III. OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

PRAWO DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM

§ 4

1. Osoba będąca członkiem Stowarzyszenia może zostać objęta ubezpieczeniem na poniżej opisanych zasadach.
2. Osoba może zostać objęta ubezpieczeniem wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.
3. Osoba może zostać objęta ubezpieczeniem, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się wobec niej ochrona ubezpieczeniowa, będzie miała ukończone 18 lat, a nie ukończy 55 roku życia.
4. Ubezpieczeniem może zostać również objęta osoba, która z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się wobec niej ochrona ubezpieczeniowa, będzie miała ukończone 18 lat, a nie ukończy 63 roku życia.

ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 5

1. Objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych osób, następuje pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczony podpisał certyfikat uczestnictwa, będący jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet

pierwszej składki ubezpieczeniowej zgodnie z datą wymagalności, pod warunkiem że Ubezpieczony podpisał certyfikat do 19 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.

2. Objęta ubezpieczeniem nie może być osoba, która w dniu wypełniania przez nią certyfikatu przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby.

OCENA POZIOMU RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 6

1. Ubezpieczyciel, przed objęciem danej osoby ubezpieczeniem, dokonuje na podstawie danych zawartych w certyfikacie uczestnictwa, będącym jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danej osoby polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby obejmowanej ubezpieczeniem, oraz wykonywanym przez nią zawodem.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, objętych zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.

ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. W razie wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ustaje:
 - 1) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub w dacie wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z upływem miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynęło oświadczenie o cofnięciu przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ubezpieczeniem,
 - 3) w dacie wskazanej w § 12 ust. 4
 - 4) w dacie zgonu Ubezpieczonego.
 - 5) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat.
2. Za wyjątkiem przywrócenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w sytuacjach wskazanych w § 12 ust. 4, wobec Ubezpieczonego, w stosunku do którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową możliwe jest wyłącznie z zachowaniem postanowień §§ 4-6.

IV. KARENCA

ZAKRES I OKRES STOSOWANIA KARENCA

§ 8

1. W stosunku do następujących świadczeń, karencja ma zastosowanie bez względu na datę złożenia deklaracji zgody:
 - 1) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka i dziecka- karencja trwa przez okres 6 miesięcy,

2) świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego i leczenia szpitalnego dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy.

3) świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka oraz urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy.

4) zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy.

2. Okres karencji, o którym mowa w ust. 1 liczony jest począwszy od dnia zaksięgowania pierwszej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości na rachunku bankowym wskazanym w certyfikacie uczestnictwa (indywidualny numer rachunku bankowego Ubezpieczonego).

3. Całkowite zniesienie karencji

Karencja, o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania, jeśli przed objęciem ubezpieczeniem osoba zrezygnowała z obejmowania jej ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA.

4. Częściowe zniesienie karencji

1) Karencji, o której mowa w ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy osoba przed objęciem ubezpieczeniem zrezygnowała z obejmowania jej ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Zakładem Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem, że była ubezpieczona przez co najmniej 6 miesięcy oraz zostały spełnione i zweryfikowane warunki określone w pkt 2 poniżej. Karencji nie stosuje się wyłącznie w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń losowych, które były objęte odpowiedzialnością w ramach innej umowy ubezpieczenia, bez względu na wysokość wypłacanych z ich tytułu świadczeń.

2) Przy rozszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, gdzie zdarzenie losowe wystąpiło w okresie karencji, osoba uprawniona powinna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty potwierdzające rezygnację z obejmowania ubezpieczeniem opisanym w pkt 1 powyżej:

- kopię umowy ubezpieczenia lub kopie polisy ubezpieczeniowej lub kopię certyfikatu albo innego dokumentu wystawionego przez Zakład Ubezpieczeń z którym umowa ubezpieczenia była zawarta, w którym został określony zakres ubezpieczenia;
- kopię dowodu opłaty składki za ostatnie 6 miesięcy obejmowania umową ubezpieczenia, z której ubezpieczony zrezygnował;
- pisemne wskazanie daty rezygnacji z umowy ubezpieczenia.

5. **Całkowite i częściowe zniesienie karencji**, o którym mowa w ust. 3 i 4 obowiązywać będzie jedynie w przypadku, gdy osoba, złoży certyfikat uczestnictwa w terminie 2 miesięcy od ustania odpowiedzialności w ramach innej umowy ubezpieczenia.

6. W okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń wskazanych w niniejszym paragrafie ograniczona jest do skutków nieszczęśliwych wypadków.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

OBOWIĄZEK OPŁACANIA SKŁADKI

§ 9

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, w sposób zwyczajowo przyjęty u Ubezpieczającego, o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych oraz o planowanych zmianach.

3. W przypadku nieopłacenia wymagalnej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego wezwania Ubezpieczającego wraz ze wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącego 7 dni, pod rygorem uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczyciela, ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu uregulowania należności.

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

OBOWIĄZEK WYPŁATY ŚWIADCZEŃ I UDZIELANIA INFORMACJI

§ 10

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, którego dotyczy odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą objęcia osoby ubezpieczeniem oraz po spełnieniu dodatkowych przesłanek wynikających z zastosowania wobec Ubezpieczonego karencji.

VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA OD UBEZPIECZONEGO

TERMIN OPŁACANIA I WYSOKOŚĆ SKŁADKI

§ 11

1. Pierwsza składka ubezpieczeniowa opłacana jest w terminie wskazanym w certyfikacie uczestnictwa.

2. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest z częstotliwością miesięczną, w terminie do 15 dnia miesiąca za kolejny miesiąc.

3. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na jednakowym poziomie dla wszystkich Ubezpieczonych, w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, przyjętą przez Ubezpieczyciela poziom ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

OPŁACANIE SKŁADKI

§ 12

1. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem jest dokonanie przez Ubezpieczonego wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej na konto Ubezpieczającego.

2. Wszystkie kolejne składki powinny być opłacane do daty, z którą stają się one wymagalne.

3. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku nieopłacenia wymagalnej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązuje się do wezwania Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącego 10 dni, pod rygorem uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczonego, ze skutkiem na ostatni dzień dodatkowego terminu uregulowania należności.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
6. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej za okres, w którym został wyłączony z ubezpieczenia, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.
7. Począwszy od pierwszego dnia okresu, za który nie uiszczono składki ubezpieczeniowej ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego ustaje. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą wyłączenia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, w trybie opisanym w ust. 4.

VIII. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Ubezpieczyciela na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej.

IX. ZGON UBEZPIECZONEGO

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 14

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty osobie uprawnionej świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego w ust. 1, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia go ubezpieczeniem,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

X. ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPADKU PRZY PRACY, WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM ORAZ WYPADKU PRZY PRACY W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 15

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,- niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,- niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpieczonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły - 25 roku życia.

XI. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 16

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. W przypadku, gdy w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaca tylko kwotę najwyższego możliwego do wypłaty świadczenia.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel podjął wcześniej decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu a Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, to Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie.

5. Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, o ile wśród przyczyn powstania tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu którego zostało wcześniej wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. W pozostałych przypadkach, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłaconą wcześniej kwotę świadczenia.

6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.

7. Zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli, całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XII. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 17

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać wypłatę określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.

4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również określony przez Ubezpieczyciela bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania decyzji.

5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji opinii lekarza orzecznika powołanego przez Ubezpieczyciela. Weryfikację tę może przeprowadzić konsultant medyczny Ubezpieczyciela na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej.

6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

7. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

8. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

9. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określony nie wcześniej niż po 3 miesiącach i nie później niż po 3 latach licząc od daty wypadku.

10. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 9, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.

11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.

12. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku dotyczy wyłącznie takiego trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie ubezpieczenia, wypłacane jest za każdy procent tego uszczerbku.

XIII. ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 18

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.

2. Zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu rozumiane są zgodnie z ich definicjami wskazanymi w § 23 ust. 1 pkt 1 i 3, z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia nastąpi również w przypadku zgonu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu potwierdzony badaniem sekcyjnym.

3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli zdarzenie to było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i o ile zakres ubezpieczenia obejmował zarówno świadczenia określone w ust. 1 jak i świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń. Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń również w sytuacji, gdy nie jest możliwe ustalenie, które ze zdarzeń (nieszczęśliwy wypadek, czy też zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu) wystąpiło jako pierwsze.

4. Jeżeli w wyniku doznania przez Ubezpieczonego zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Ubezpieczony ten uległ nieszczęśliwemu wypadkowi i zmarł, a zakres ubezpieczenia obejmował zarówno świadczenie określone w ust. 1 jak i świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci wyłącznie świadczenie określone w ust. 1.

5. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 19

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego albo udaru mózgu, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.

XIV. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 20

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego w rozumieniu § 23 ust. 1 pkt 1 lub krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie świadczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Za krwotok śródmózgowy uznaje się wyłącznie wylew krwi do mózgu niszczący utkanie tego narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.

3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 nie może być wyższy niż 100%.

4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego.

5. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeżeli zdarzenie to było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń: świadczenie określone w niniejszym paragrafie albo świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (o ile obydwa rodzaje zdarzeń objęte są odpowiedzialnością Ubezpieczyciela). Ubezpieczyciel wypłaci wyższe ze świadczeń również w sytuacji, gdy nie jest możliwe ustalenie, które ze zdarzeń (nieszczęśliwy wypadek, czy też zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu) wystąpiło jako pierwsze.

6. Jeżeli w wyniku doznania przez Ubezpieczonego zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Ubezpieczony ten uległ nieszczęśliwemu wypadkowi i doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zakres ubezpieczenia obejmował zarówno świadczenie określone w ust. 1, jak i świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci wyłącznie świadczenie określone w ust. 1.

7. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.

8. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczone bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez komisję lekarską, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.

9. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji opinii lekarza orzecznika powołanego przez Ubezpieczyciela. Weryfikację tę może przeprowadzić konsultant medyczny Ubezpieczyciela na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej.

10. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

11. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

12. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określony nie wcześniej niż po 3 miesiącach i nie później niż po 3 latach licząc od daty zdarzenia.

13. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 9, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.

14. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 21

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego albo krwotoku śródmózgowego, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo krwotok śródmózgowy wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.

XV. POWAŻNE ZACHOROWANIE

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 22

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w jednym z poniższych zakresów:

- 1) zakres podstawowy obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 23 ust. 1 pkt 1-6,
- 2) zakres rozszerzony obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 23 ust. 1 pkt 1-12,
- 3) zakres maksymalny obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 23 ust. 1 pkt 1- 8,
- 4) zakres maksymalny plus obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 23 ust. 1 pkt 1-23.

3. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:

- 1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka,
- 2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 18 lat (odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego).

4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

5. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 23 ust. 1 pkt 4-9, 18 i 24-25.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 23

1. Za poważne zachorowanie, w rozumieniu Warunków Ubezpieczenia uważa się:

1) zawał mięśnia sercowego - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:

- a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
- b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
- c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
- d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
- e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (według pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia);

2) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass) - wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłonkowej;

3) udar mózgu - incydent naczyniowo - mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym;
- wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg ten nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu);
- 4) nowotwór złośliwy - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
- b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
- c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
- d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

5) niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;

6) przeszczep narządu - leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku pracownika (jeżeli małżonek lub dziecko pracownika zostali objęci odpowiedzialnością Ubezpieczyciela określoną w §22 ust. 3 pkt 1 i 2), jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;

7) utrata wzroku - całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;

8) paraliż - całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;

9) poparzenie - oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała;

10) stwardnienie rozsiane - stwardnienie rozsiane musi być jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego; zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi; dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej;

11) przeszczep zastawki serca - chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) walwuloplastyka,
- b) walwulotomia,
- c) komisurotomia;

12) operacja aorty - leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;

13) utrata mowy - całkowita i nieodwracalna utrata mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej

12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakakolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;

14) śpiączka - stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu

podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%; świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni;

15) utrata słuchu - obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach (z progami słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakakolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;

16) utrata kończyn - całkowita i trwała utrata funkcji lub całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

17) łagodny guz mózgu - obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR); z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętnicznych lub żylnych mózgu, krwiaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego;

18) zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby) - rozległa martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca do jej niewydolności; rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:

- a) gwałtowne zmniejszenie masy wątroby,
- b) rozległa martwica rozplywna,
- c) nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby,
- d) narastająca żółtaczka;

nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłącznie zakażenie wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

19) przewlekła niewydolność oddechowa - zaawansowane stadium choroby płuc; wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków:

- a) badanie spirometryczne - wynik próby FEV1 poniżej 1 litra,
- b) potwierdzenie konieczności tlenoterapii oraz codzienne stosowanie tej metody leczenia przez co najmniej 8 godzin dziennie;

20) toczeń rumieniowaty układowy - wielonarządowa, wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się uszkodzeniem przez system odpornościowy tkanek oraz komórek własnego organizmu; w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia za toczeń rumieniowaty układowy uznaje się tylko te formy choroby, które prowadzą do uszkodzenia nerek (Typ III - Typ V zapalenia nerek w toczeniu rumieniowatym układowym potwierdzony wynikiem biopsji nerek - zgodnie z klasyfikacją WHO poniżej); inne formy choroby jak toczeń rumieniowaty przewlekły oraz te formy choroby, które cechują się zajęciem stawów oraz zaburzeniami hematologicznymi są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; końcowe rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub immunologa;

klasyfikacja WHO dotycząca zapalenia nerek w przebiegu tocznia rumieniowatego układuowego:

- a) Typ III (ogniskowe) - białkomocz, utrzymujący się podwyższony poziom OB,
 - b) Typ IV (rozsiane) - ostre zapalenie nerek z podwyższonym poziomem OB. lub zespół nerczycowy,
 - c) Typ V (błoniaste) - zespół nerczycowy lub masywny białkomocz;
- 21) niedokrwistość aplastyczna - nieodwracalne uszkodzenie szpiku kostnego objawiające się niedokrwistością, neutropenią oraz trombocytopenią. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem szpiku kostnego, przy czym jednocześnie spełnione muszą być co najmniej dwa z podanych poniżej warunków:
- a) bezwzględna liczba neutrofilii - 500 na milimetr sześcienny lub mniej,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej,
 - c) liczba płytek krwi - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej;
- 22) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi - zakażenie wirusem HIV, przy łącznym spełnieniu poniższych warunków:
- a) zakażenie wirusem HIV nastąpiło w wyniku przetaczania krwi, po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) podmiot wykonujący transfuzję przyjął odpowiedzialność za zakażenie lub odpowiedzialność ta została potwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu,
 - c) Ubezpieczony nie choruje na hemofilię lub inne choroby układu krwiotwórczego, w których wymagane jest cykliczne przetaczanie krwi;
- świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli wynaleziona zostanie skuteczna metoda leczenia choroby AIDS lub innych objawów zakażenia wirusa HIV bądź też odkryta zostanie metoda leczenia skutecznie zapobiegająca pojawieniu się choroby AIDS; inne zakażenia wirusem HIV, w tym zakażenia będące wynikiem aktywności seksualnej lub dożylnego użycia narkotyków są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; jednocześnie Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania dostępu do wszystkich próbek krwi potwierdzających zakażenie wirusem HIV u Ubezpieczonego oraz wykonania niezależnych badań tych próbek;
- 23) choroba Parkinsona - powoli postępująca, zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę; choroba powinna zostać jednoznacznie rozpoznana, przy czym muszą zostać spełnione łącznie wymienione poniżej warunki - choroba:
- a) nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
 - b) ma charakter postępujący,
 - c) musi powodować trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na tym samym poziomie - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
- 24) oponiak mózgu - guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
- 25) zapalenie mózgu - ostra choroba zapalna mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych

(uszkodzenia struktury mózgu); wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 24

1. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby kolejnego tego rodzaju zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, które będą miały bezpośredni lub pośredni związek z zachorowaniem, z tytułu którego wypłacono wcześniej świadczenie.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonka albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie jest obejmowany odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie może być również objęte wystąpienie poważnego zachorowania u jego małżonka lub dziecka.
4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, małżonka albo dziecka, na skutek poważnego zachorowania, przed upływem 180 dni od wystąpienia tego zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie z tytułu zgonu, a w przypadku gdy świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostało wypłacone, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu o kwotę uprzednio wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania (jeżeli świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie zostało jeszcze wypłacone to w ww. sytuacji jest ono nienależne).
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które wystąpiły u Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania (w tym przed końcem okresu karencji) oraz poważnych zachorowań wynikających ze schorzeń, które wystąpiły przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania.

XVI. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W STOSUNKU DO ROSZCZEŃ Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ NASTĘPSTW ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO, UDARU MÓZGU LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 25

1. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 stosowane są w odniesieniu do świadczeń z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego lub małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

- 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 5) zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
- 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 8) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 9) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 1, jeśli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
- 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
- 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
- 9) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,
- 10) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) bądź choroby układu nerwowego,
- 11) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 12) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,
- 13) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.

3. W przypadku zgonu osoby objętej ubezpieczeniem wskutek zdarzenia, z powodu którego należne było Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe dotyczące tej osoby:

- 1) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego),
- 2) z tytułu niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłaty świadczeń wynikających ze zgonu zostaną

pomniejszone o kwoty świadczeń ubezpieczeniowych wcześniej należnych. Postanowienia zdania pierwszego stosuje się, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty zdarzenia, o którym mowa powyżej. Jeżeli kwota świadczeń należnych wcześniej przewyższa sumę świadczeń z tytułu zgonu, wypłata z tytułu zgonu nie jest należna.

4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dotyczącego skutków nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane:

- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym,
- 2) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

XVII. LECZENIE SZPITALNE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 26

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.
2. W ramach zakresu podstawowego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 27 ust. 1-2.
3. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zakresu podstawowego wyłącznie do pobytów w szpitalu spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
4. W ramach zakresu rozszerzonego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 27 ust. 1-4.
5. Jako uzupełnienie zakresu podstawowego lub rozszerzonego, umowa ubezpieczenia może przewidywać dodatkowo objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - 1) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,
 - 2) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego (w rozumieniu § 23 ust. 1 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego (w rozumieniu § 20 ust. 2),
 - 4) leczenia szpitalnego małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego.
6. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§ 27

1. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie w wysokości, o której mowa w zdaniu pierwszym, należne jest również za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, o ile tego rodzaju pobyt w szpitalu nie jest wyłączony z odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Jeżeli w okresie pobytu w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM-ie, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na OIOM-ie dodatkowo świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego pobytu w szpitalu.

4. Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym pobytem w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwy, jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie pobyt w szpitalu.

5. Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu z powodu jednego ze zdarzeń wskazanych w § 26 ust. 5 pkt 1-3, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu, za każdy dzień pobytu z tego powodu, dodatkowo świadczenie w odpowiedniej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego pobytu w szpitalu.

LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA

§ 28

1. Jeżeli pobyt małżonka w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Za każdy dzień pobytu małżonka w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 29

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka płatne jest za okres od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w pobytku w szpitalu na skutek udzielenia przepustki.

4. Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.

5. Świadczenie, o którym mowa w § 27 ust. 4, będzie należne, jeżeli:

- 1) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie ubezpieczeniowe, oraz
- 2) co najmniej 30 dni czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

6. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka mogą być wypłacone w danym roku (liczonym od dnia objęcia ubezpieczeniem każdego Ubezpieczonego) maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu.

7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego pobytu upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 6, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.

8. Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 7, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł.

9. Jeżeli Ubezpieczonemu nie jest należne świadczenie określone w § 27 ust. 1 albo ust. 2, wówczas z tytułu tego samego pobytu w szpitalu nie jest należne również żadne ze świadczeń dodatkowych, opisanych w § 26 ust. 5 i § 27 ust. 3 i 4.

10. W każdym roku (liczonym od dnia objęcia ubezpieczeniem każdego Ubezpieczonego) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim zostanie wypłacone za okres najdłuższego pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą, który zakończył się w danym roku.

11. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w ogólnych warunkach.

12. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).

13. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

14. Wysokość należnego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu pobytu w szpitalu lub w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w § 27 ust. 4.

LECZENIE SZPITALNE DZIECKA

§ 30

1. Jeżeli dziecko Ubezpieczonego przebywało w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w stałej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, bez względu na okres pobytu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 6 pełnych dni kalendarzowych, o ile pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala. Do okresu pobytu w szpitalu nie zalicza się dni przerwy w pobycie na skutek udzielenia przepustki.

3. Aby Ubezpieczyciel przyjął odpowiedzialność za kolejny pobyt w szpitalu, okres pomiędzy zakończeniem jednego pobytu a rozpoczęciem kolejnego nie może być krótszy niż 4 dni.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 18 lat (brany pod uwagę jest wiek dziecka w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu). Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego.

5. W każdym roku (liczonym od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego Ubezpieczonego) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej dwa świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu.

6. Wysokość należnego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.

7. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 31

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego, jego małżonka oraz dziecka w szpitalu z powodu:

- 1) chorób będących przedmiotem leczenia szpitalnego przed objęciem Ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka ubezpieczeniem lub w dacie objęcia ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2; postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do pobytów w szpitalu występujących po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka,
- 2) wad wrodzonych lub ich następstw,
- 3) chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), chorób układu nerwowego, upośledzenia umysłowego, chorób wenerycznych, AIDS, użycia alkoholu, narkotyków bądź innych środków odurzających lub umyślnego samouszkodzenia ciała,
- 4) operacji plastyczno - kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędności lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 5) diagnozowania i leczenia bezpłodności,
- 6) leczenia lub zabiegów dentystrycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony, małżonek lub dziecko doznało także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
- 7) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,
- 8) hospitalizacji niezaleconej przez lekarza,

- 9) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego, małżonka lub wypisania dziecka ze szpitala na własne żądanie,
- 10) pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia szpitalnego Ubezpieczony, małżonek lub przedstawiciel ustawowy dziecka odmówił w przeszłości,
- 11) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 12) udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
- 13) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 14) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 15) działania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
- 16) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
- 17) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 18) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego, małżonka lub dziecko pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień,
- 19) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.

2. Postanowień ust. 1 pkt 1 nie stosuje się, jeżeli przed objęciem ubezpieczeniem Ubezpieczony zrezygnował z obejmowania go inną umową ubezpieczenia, o której mowa w § 8 ust. 3 i 4, przy czym przystąpienie do niniejszej umowy nastąpiło w terminie 2 miesięcy od ustania odpowiedzialności w ramach innej dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczyciel nie uznaje pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka pracownika za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną pobytu zostało spowodowane:

- 1) chorobą, w tym występującą nagle, jak np. zawałem serca, udarem mózgu,
- 2) wystąpieniem przepukliny (w miejscach typowych na przykład: pachwinowa, brzuszna), do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,
- 3) dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miążdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia,
- 4) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego lub małżonka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

XVIII. ZGON WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 32

1. W przypadku zgonu:

- 1) małżonka,
- 2) dziecka,
- 3) rodzica,
- 4) teścia,

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu odpowiedniego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Za dziecko, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, uważa się dziecko Ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), żywo urodzone, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły - w wieku do 25 lat.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1, jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XIX. URODZENIE SIĘ DZIECKA

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 33

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko żywo urodzone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, przy czym świadczenie nie jest należne jeżeli dziecko zostało przysposobione przez Ubezpieczonego albo zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XX. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 34

W przypadku urodzenia martwego noworodka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Roszczenie uwzględnia się, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

XXI. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 35

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpieczonego - własnemu, przysposobionemu lub pasierbowi (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy) świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następnym:

- 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

XXII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 36

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-9, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.

3. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.

4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

5. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.

6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi - w całości,
- 2) dzieciom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,

- 3) rodzicom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.
8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie oświadczenia w tym przedmiocie.
9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

ZAWIADOMIENIE O ZDARZENIU

§ 37

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia z tytułu którego Ubezpieczonemu może być należne świadczenie. Ubezpieczony informuje Ubezpieczyciela o okolicznościach i skutkach, istotnych dla ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Spełnienie obowiązku, o którym mowa w zdaniach poprzednich winno nastąpić w terminie 3 miesiące od daty zaistnienia zdarzenia. W odniesieniu do zgłoszenia wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu termin liczony jest od najwcześniejszej daty, w której stopień uszczerbku na zdrowiu mógł być określony zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1 Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie (w tym także odmówić wypłaty świadczenia), jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia zakresu roszczenia lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 38

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do jego otrzymania winna przedłożyć Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia (na formularzu Ubezpieczyciela),
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, małżonka czy dziecka Ubezpieczonego (do wglądu),
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
 - 4) wszelką dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,

- 5) kartę wypadku - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) decyzję organu rentowego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - 7) wszelką dokumentację dotyczącą leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem wynikającym z choroby lub wypadku,
 - 8) dokumentację potwierdzającą pobyt w szpitalu (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM-ie) - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu pobytu w szpitalu,
 - 9) własny dokument tożsamości (do wglądu),
 - 10) dokumenty potwierdzające rezygnację z obejmowania ochroną w ramach umowy ubezpieczenia z innym Zakładem Ubezpieczeń, o których mowa w § 8 ust. 4 pkt 2.
2. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1, o ile okaże się to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt Ubezpieczonego.
4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1-2 powyżej, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt Ubezpieczonego i w takiej formie przedłożone Ubezpieczycielowi.
5. Ubezpieczony, małżonek lub dziecko, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
6. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 5, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 39

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

XXIII. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 40

1. Ubezpieczony może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po osiągnięciu wieku 65 lat.

OBOWIĄZEK UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 41

1. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia o możliwości zawarcia umowy indywidualnej, zgodnie z warunkami obowiązującymi w odniesieniu do takich umów u Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel nie dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego wobec Ubezpieczonych zawierających umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY

§ 42

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin, obowiązujących u Ubezpieczyciela w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
2. Umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierane będą z zastosowaniem:
1) składki ubezpieczeniowej stosowanej w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupy Ubezpieczonych oraz
2) sumy ubezpieczenia dostosowanej do wysokości składki ubezpieczeniowej i wyznaczonej w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 3 pkt 3.
3. Zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, w tym zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz wysokość składki ubezpieczeniowej wynikają z:
1) ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1,
2) pakietu świadczeń opisanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 i wskazanego w umowie ubezpieczenia (grupowego),
3) taryfy ubezpieczeniowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, aktualnej w dacie składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
4. W wyniku zastosowania postanowień ust. 1-4 zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być odmienne od zasad obowiązujących w ramach grupy Ubezpieczonych.

WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

§ 43

1. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie wspomnianej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia (grupowego).
2. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania go Ubezpieczycielowi.

XXIV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 44

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia będą dostarczane drugiej stronie drogą elektroniczną, za pomocą wiadomości tekstowej SMS lub telefonu odpowiednio: z zastosowaniem programu wykorzystywanego przez strony do obsługi umowy ubezpieczenia bądź na wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego wskazany przez Ubezpieczonego.
2. Strony umowy ubezpieczenia zobowiązane są do wzajemnego powiadamiania się o zmianach numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej.
3. W przypadku niepowiadomienia o którym mowa w ust. 2, korespondencja skierowana na ostatni znany nr telefonu lub adres poczty elektronicznej strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła numeru telefonu lub adres poczty elektronicznej.

ZAGUBIENIE LUB ZNISZCZENIE CERTYFIKATU

§ 45

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia certyfikatu, będącego jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną, Ubezpieczony powinien powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat ww dokumentu na wniosek Ubezpieczonego. Z datą wydania duplikatu oryginał dokumentu staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

PODATKI I OPŁATY

§ 46

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wskazuje w załączniku do polisy ubezpieczeniowej lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

4. W umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Ubezpieczenia wykluczona jest możliwość: zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia, wypłaty kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy oraz wypłaty z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie ubezpieczenia.

ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

§ 47

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złoteo, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 48

Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi może być wypłacona łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym.

WŁAŚCIWOŚĆ PRAWA, ZMIANY W UMOWIE ORAZ SKARGI, ZAŻALENIA I ROSZCZENIA

§ 49

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
3. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upetnomocnionego pracownika, po przesłaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela. Sporządzona na piśmie odpowiedź na skargę lub zażalenie wysyłana jest listem poleconym. Skargi i zażalenia mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJE POUFNE

§ 50

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczyciela zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom trzecim poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

2. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczającego zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy ubezpieczenia objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione osobom trzecim wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela.

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

§ 51

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia są załącznikiem do Aneksu numer 2 z dnia 10 kwietnia 2014 roku do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Hestia Razem zawartej w dniu 2 listopada 2012 roku pomiędzy Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, a Krajowym Stowarzyszeniem ubezpieczonych w Grupie Otwartej.

