

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE**



Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia do umów ubezpieczenia indywidualnego na życie	3
☐ Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	7
☐ Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	7
☐ Klauzula 3 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy	7
☐ Klauzula 4 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy	7
☐ Klauzula 5 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	7
☐ Klauzula 6 Śmierć dziecka Ubezpieczonego	8
☐ Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
☐ Klauzula 8 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego	8
☐ Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	8
☐ Klauzula 10 Śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego	8
☐ Klauzula 11 Renta dla każdego z sierotonych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego	9
☐ Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
☐ Klauzula 13 Trwałe kalectwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9
☐ Klauzula 14 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	10
☐ Klauzula 15 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	10
☐ Klauzula 16 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
☐ Klauzula 17 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	11
☐ Klauzula 18 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	11
☐ Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
☐ Klauzula 20 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	12
☐ Klauzula 21 Długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	13
☐ Klauzula 22 Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	13
☐ Klauzula 23 Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	14
☐ Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	14
☐ Klauzula 25 Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	16
☐ Klauzula 26 Poważne zachorowanie współmałżonka Ubezpieczonego	16
☐ Klauzula 27 Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
☐ Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
☐ Klauzula 29 Inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
☐ Klauzula 30 Inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	19
☐ Klauzula 31 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	19
☐ Klauzula 32 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	20
☐ Klauzula 33 Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	20
☐ Klauzula 34 Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu	20
☐ Klauzula 35 Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	20
☐ Klauzula 36 Pokrycie kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku ..	21
☐ Klauzula 37 Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku	21
☐ Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	22
☐ Klauzula 39 Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	22
☐ Klauzula 40 Pomoc medyczna w nagłych przypadkach	22
☐ Klauzula 41 Lekarz na telefon	25
☐ Klauzula 42 Twoja asysta prawna	25
☐ Klauzula 43 Abonament na zdrowie	26
☐ Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	27
Zakresy ubezpieczenia	28

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. 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.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek, wówczas postanowienia dotyczące Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
3. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej, oraz dołączenie pełnej ich treści do umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się wyższą zapisów dodatkowych, klauzul dodatkowych, zapisów odmiennych.
5. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7 ust. 1, 2.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

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

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach odbywających się nie częściej niż 2 razy w tygodniu w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba, że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników. Definicja ta obejmuje również formy aktywności fizycznej organizowanej dla dzieci w wieku szkolnym do 15 roku życia, jeśli aktywność ta nie odbywa się częściej, niż 2 razy w tygodniu w danej dyscyplinie sportu;
- 2) **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;
- 3) **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, inne;
- 4) **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;
- 5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 6) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za czasową niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy;
- 7) **dziecko-Współubezpieczony** – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 8) **karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- 9) **klauzula** – umowa dodatkowa, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowane jest ryzyko i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;

- 10) **miesiąc** – okres liczący 30 dni;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on 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 przeciążenia lub nadwyżżenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 12) **pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wozie 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 wozie lub powietrzu;
- 13) **ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/n pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 14) **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;
- 15) **szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgnarskiej, hospicjum, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłych chorych, sanatoriów, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- 16) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą i trwałą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat;
- 17) **trwale inwalidztwo** – wskazane w załączniku nr 3 znaczne uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 18) **trwale kalectwo** – wskazane w załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 19) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 20) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia; ilekroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, dane zapisy są obowiązujące również w stosunku do Współubezpieczonego/ych;
- 22) **Ubezpieczyciel** – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Capital;
- 23) **udar mózgu** – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podopajęcznikowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary łukarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące;
- 24) **Uposażony główny** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 25) **Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna lub podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy wyznaczone osoby lub podmioty jako „Uposażony Główny” nie żyją bądź nie istnieją;
- 26) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony Główny, Uposażony Zastępczy lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 27) **wiek wstępu** – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 28) **współmałżonek** – Współubezpieczony, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym partnera, który ukończył 18 rok życia, który posiada od minimum 12 miesięcy przed datą przystąpienia do ubezpieczenia ten sam adres zameldowania co Ubezpieczony lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe. Partner musi zostać zgłoszony Ubezpieczycielowi z chwilą przystępowania Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony musi być stanu wolnego;
- 29) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, której życie bądź zdrowie jest przedmiotem ochrony w ramach umowy ubezpieczenia;
- 30) **wypadek na terenie zakładu pracy** – zdarzenie, które nastąpiło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych na terenie zakładu pracy, w którym Ubezpieczony, będący pracownikiem, jest zatrudniony i przy stanowisku pracy, jakie jest pracownikowi przyporządkowane, chyba, że Ubezpieczony otrzymał polecenie przełożonego pozwalające na opuszczenie stanowiska pracy lub został delegowany do działań poza wyznaczonym miejscem pracy;
- 31) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG potwierdzających martwicę tkanek mięśnia sercowego, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 32) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej połączona z czerpaniem dochodu, polegająca na regularnych treningach odbywających się częściej niż 2 razy w tygodniu, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, a także przynależność do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres:
 - 1) w przypadku umowy rocznej – 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela,
 - 2) w przypadku umowy długoterminowej – wielokrotności 365 dni, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela.
2. W odniesieniu do umów rocznych umowa ubezpieczenia zawierana jest na kolejny, analogiczny do poprzedniej umowy okres 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 regularna na poczet kolejnego okresu 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.
5. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony i/lub Współubezpieczony. Współubezpieczeni obejmowani są ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem włączenia do umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące zakresu ochrony odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego i/lub Współubezpieczonych wygasa z dniem upływu okresu wypowiedzenia.

§ 4

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klausul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych, informując Ubezpieczającego o tym fakcie na piśmie, uwzględniając prawo Ubezpieczającego wskazane w ust. 8.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- W przypadku uchybienia obowiązku, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego) może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem okoliczności nie podanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.
- Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia polisy, a także niniejszych 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,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, za który Ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie bądź życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 16 rok życia a nie ukończyła 70 roku życia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność

za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowe klauzule (ryzyka), będące w ofercie Ubezpieczyciela.
- Zakres umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

§ 8

Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia dla klauzuli śmierci Ubezpieczonego ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) dodatkowych ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka.
- Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o: wieku, płci Ubezpieczonych, stanie zdrowia oraz czynnikach wpływających na stan zdrowia, zakresie ubezpieczenia, częstotliwości opłacenia składki, wykonywanego zawodu.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednio 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 pierwsza składka regularna powinna być zapłaconą przez Ubezpieczającego najpóźniej na dzień przed datą wskazaną w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela pierwsza składka regularna powinna być zapłaconą przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego – w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia, środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
- Niezapłacenie pierwszej składki regularnej powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
- Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
- Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
- W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 12 – 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, z zastrzeżeniem ust. 11.

§ 10

Indeksacja

- Ubezpieczający, z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia 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 aktuarialnej.
- Ubezpieczyciel nie później niż na miesiąc przed kolejną indeksacją sumy ubezpieczenia zawiadamia Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej sum/y ubezpieczenia i składki regularnej.
- Wskaźnik indeksacji określany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel będzie dokonywał indeksacji co pięć lat, przy założeniu, że strony przedłużają umowę ubezpieczenia.
- Indeksacja nie będzie dokonywana:
 - po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
 - w przypadku opłacania przez Ubezpieczyciela składek ubezpieczeniowych z tytułu klauzuli dodatkowej przejścia opłacania składki wypadku wyniku niezdolności do pracy, jeśli taka klauzula była zawarta.

§ 11

Tryb udzielania ochrony

- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
- Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz w treści klauzul.
- Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w tymczasowym oraz w pełnym zakresie ochrony.
- Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela.
 - Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego i zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty spisania wniosku), w którym Ubezpieczyciel potwierdził odpowiedzialność (pełna ochrona ubezpieczeniowa) i wystawił dokument ubezpieczenia lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia.
 - Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony nie opłacono pierwszej składki.
 - W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Concordia Capital tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 tysięcy złotych, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
- Do pełnej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny tegoż ryzyka przez Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia określonego przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej), pod warunkiem, że Ubezpieczyciel potwierdził przyjęcie ryzyka ubezpieczeniowego, wystawiając dokument ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
 - Wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny Ubezpieczyciela, pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.
- Ubezpieczony może zostać poddany badaniom lekarskim w następującym trybie:
 - Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
 - Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

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.

- 3) Ubezpieczyciel może korzystać z podmiotów zewnętrznych koordynujących proces przeprowadzenia badań do celów oceny ryzyka lub określenia rozmiaru szkody. Ubezpieczający i Ubezpieczony wyraża niniejszym zgodę na udostępnianie danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia umożliwiających wykonanie tych postanowień.

§ 12

Okres ochrony

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umów rocznych, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego za kolejny okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego może być przedłużana w trybie określonym w ust. 2 wielokrotnie z zastrzeżeniem § 13.
4. Jeśli w treści danej klauzuli nie wskazano inaczej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do poszczególnych Współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy zgodnie z warunkami i postanowieniami stosowanymi wobec poszczególnych Ubezpieczonych.

§ 13

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

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

- 1) w dniu, w którym upłynął okres wypowiedzenia,
- 2) w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14,
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
- 4) w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul),
- 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 14

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka (klauzuli) śmierci Ubezpieczonego (lub Współubezpieczonego), Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misjach 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, zażyciem narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzypisanych przez uprawnionego lekarza;
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel – w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych – nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1, oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) pozostawiania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa;
 - 3) błędów w sztuce lekarskiej;
 - 4) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 5) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 7) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 8) zdiagnozowanych chorób (nie dotyczy ryzyka pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby) i wypadków zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 9) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach

sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;

- 10) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
- 11) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpiniz, 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 oraz sportów podobnych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających w/w dyscyplin sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
- 12) w wyniku wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem lub stanowił załogę nielicencjonowanych linii lotniczych;
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
4. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 15

Karencja

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

OBOWIĄZKI STRON

§ 16

Oboowiązki stron związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia

1. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczającym spoczywają również następujące obowiązki:
 - 1) terminowe przekazywanie składek na konto Ubezpieczyciela,
 - 2) zbieranie i przysyłanie do Ubezpieczyciela oświadczeń woli Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, kwestionariuszy medycznych

lub innych dokumentów, jeśli Ubezpieczyciel wskazał taką konieczność podyktowaną oceną ryzyka, przekazywanie Ubezpieczonemu, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, w sposób zrozumiały i dostępny dla Ubezpieczonego informacji o zawartej umowie ubezpieczenia – a w szczególności:

- a) informacji o rodzajach i wysokościach świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia,
 - b) informacji o wysokości składek ubezpieczeniowych,
 - c) informacji o zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) informacji o procedurze postępowania w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) informacji o zmianie warunków umowy bądź prawa właściwego – w przypadku wprowadzenia tego rodzaju zmiany,
 - f) informacji o każdej zmianie w zakresie sum ubezpieczenia.
- 4) udostępnianie Ubezpieczonemu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz informowanie o warunkach odbiegających od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na których została zawarta umowa ubezpieczenia,
 - 5) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do niego i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego,
 - 6) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonego, jeśli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonego uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.

2. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, na Ubezpieczyciela spoczywają również następujące obowiązki:

- 1) terminowo oraz z należytą starannością wykonywać zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia,
- 2) przyjmować oświadczenia kierowane ze strony Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i innych osób uprawnionych,
- 3) przekazywać Ubezpieczającemu pisemnie wszelkie informacje związane ze zmianą treści warunków ubezpieczenia związanych ze zmianą przepisów prawnych,
- 4) informować osoby uprawnione do otrzymania świadczenia o wszelkich dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozmiaru szkody,
- 5) zawiadamiać osoby uprawnione do świadczenia o przyczynach niezaspokojenia ich roszczeń w części lub całości.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 17

Postępowanie w razie wypadku

1. W razie powstania wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/Uposażony jest obowiązany:
 - 1) każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku,
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - 3) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
 - 7) umożliwienia zasięgnięcia przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia niebezpiecznego wypadku,
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia,
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia,
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DO UMÓW UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO NA ŻYCIE

roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.

4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku. W przypadku gdy na skutek naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 do 4 (również przez Uprawnionego do świadczenia) – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie – niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia.

§ 18

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.
4. 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.
5. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
6. Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych nie powodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
7. 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.
8. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca wypadku.
9. Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej umowy, jednak świadczenia z ryzyka (klausul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.

§ 19

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

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

§ 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 (klausuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30 dni kalendarzowych od dnia jego wysłania.

§ 22

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

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

§ 23

Właściwość sądowa

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

§ 24

Odesłanie

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

§ 25

Wejście w życie

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

§ 26

Zatwierdzenie

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

KLAUZULE

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 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 dodatkowe świadczenie.
- Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi 50% sumy ubezpieczenia na wypadek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszyły 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 były poniżej 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 wypadek ubezpieczeniowy zaszedł na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

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

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

komunikacja publiczna – korzystanie z komunikacji miejskiej tj. przejazd: autobusami, tramwajami, metrem, trolejbusem i/lub komunikacji międzymiastowej na terenie RP tj. przejazd pociągami, autobusami w ramach usług świadczonych przez przedsiębiorstwo komunikacji samochodowej lub przelot samolotem licencjonowanych linii lotniczych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli udział Ubezpieczonego w wypadku jest – zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – kwalifikowany jako wypadek przy pracy.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy, o którym mowa w ust. 1 nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony w trakcie wypadku miał zapięte pasy bezpieczeństwa a dany pojazd posiadał poduszki bezpieczeństwa i miał ważny przegląd techniczny, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie.
- Dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 wynosi:
 - 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli wypadek nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub
 - 15% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa oraz dany pojazd posiadał ważny przegląd techniczny i był wyposażony w poduszki bezpieczeństwa.
- Jeśli bezpośrednią przyczyną wypadku komunikacyjnego będzie przekroczenie przez Ubezpieczonego – będącego kierowcą pojazdu mechanicznego – dopuszczalnej prędkości o co najmniej 60 km/h, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3 oraz ograniczy świadczenie, o którym mowa w ust. 1 do 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2 jeżeli wypadek ubezpieczeniowy wystąpił na terenie RP.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 3 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM W PRACY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w trakcie wykonywania obowiązków służbowych w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli pracownik nie przestrzegał przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, co w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- Za wypadek w ruchu komunikacyjnym w pracy nie uznaje się drogi z domu do pracy i z pracy do domu oraz sytuacji, w których pracownik przebywa na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub przebywa na zwolnieniu lekarskim.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Zawiadomienie

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

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 4 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA TERENIE ZAKŁADU PRACY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie wykonywania obowiązków służbowych w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli pracownik nie przestrzegał przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, co w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- Za wypadek na terenie zakładu pracy nie uznaje się drogi z domu do pracy i z pracy do domu oraz sytuacji, w których pracownik przebywa na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub przebywa na zwolnieniu lekarskim.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Zawiadomienie

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

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 5 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

udar mózgu – wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Wykluczone są: przemijające niedokrwienia mózgu (TIA), porażowe uszkodzenia mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary łukarne bez deficytu neurologicznego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza – specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne i tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 24 godziny.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie

KLAUZULE

- i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 90 dni od daty zdarzenia.
2. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił na skutek nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza.
3. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

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

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 6 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 180 dni.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 8 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

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) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy śmiercią, a nieszczęśliwym wypadkiem minęło nie więcej niż 180 dni.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

§ 3

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 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 10 ŚMIERĆ RODZICA LUB TEŚCIA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **rodzic Ubezpieczonego** – Współubezpieczony, bez względu na wiek, ojciec lub matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego;
- 2) **teść Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; bez względu na wiek, ojciec lub matka małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka Ubezpieczonego;

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci rodzica Ubezpieczonego lub śmierci teścia Ubezpieczonego.
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

KLAUZULE

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej
1. W odniesieniu do ryzyka śmierci rodzica Ubezpieczonego lub teścia Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w odniesieniu do każdego z następujących zdarzeń:

- 1) śmierci rodzica Ubezpieczonego – śmierć kobiety,
- 2) śmierci rodzica Ubezpieczonego – śmierć mężczyzny,
- 3) śmierci teścia Ubezpieczonego – śmierć kobiety,
- 4) śmierci teścia Ubezpieczonego – śmierć mężczyzny.

Suma wypłat nie może przekroczyć czterokrotności sumy ubezpieczenia wskazanej za to ryzyko w całym okresie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną.

2. Na potrzeby niniejszej klauzuli uznaje się, że w stosunku do Współubezpieczonych będących rodzicem lub teściem Ubezpieczonego nie stosuje się zapisów dotyczących wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej ze względu na wiek wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości uprawnionego
- 3) aktualnego odpisu skróconego aktu zgonu rodzica/teścia Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub innego zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
- 5) aktualnego odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego – w przypadku zgonu teścia Ubezpieczonego,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU 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 uszczerbku na zdrowiu 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

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje uszczerbku na zdrowiu doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka uszczerbku na zdrowiu wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących uszczerbek i liczbę rodzajów uszczerbków doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju uszczerbku (**załącznik nr 1**) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Tabela rodzaju uszczerbku jest dostępna w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana trwałego uszczerbku

(polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

4. Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabeli wskazanej w ust. 2
5. Uszczerbek na zdrowiu ustalany jest w procentach, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszczerbku w tabeli rodzaju uszczerbku (**załącznik nr 1**).
6. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 1 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo uszczerbku nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
2. Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

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

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

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

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku 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 zdarzenia.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju kalectwa, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje kalectwa doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju kalectwa będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju kalectwa w wyniku zajścia tego samego zdarzenia,

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci każdemu z osieroconych dzieci Ubezpieczonego sumę ubezpieczenia wskazaną w polisie lub umowie ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Uprawniony wyrazi taką wolę – sumę ubezpieczenia wskazaną w polisie lub umowie ubezpieczenia podzieloną na 12 równych części, w formie wypłaty renty miesięcznej, płatnej przez okres 12 miesięcy.

KLAUZULE

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju kalectwa, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.

- Łączna wartość świadczeń z ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących kalectwo i liczbę rodzajów kalectwa doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju kalectwa (załącznik nr 2) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Tabela rodzaju kalectwa jest dostępna w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- Rodzaj i stopień kalectwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem było kalectwo. Późniejsza zmiana trwałego kalectwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- Rodzaj i stopień kalectwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie załącznika wskazanego w ust. 2.
- Trwale kalectwo ustalone jest w procentach wskazanych dla danego rodzaju kalectwa w tabeli rodzaju kalectwa (załącznik nr 2).
- Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 1 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo kalectwa nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
- Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

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

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
- W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju inwalidztwa będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
- Łączna wartość świadczeń z ryzyka inwalidztwa wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących inwalidztwo i liczbę rodzajów inwalidztwa doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju inwalidztwa (załącznik nr 3) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Tabela rodzaju inwalidztwa dostępna jest również w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- Rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana stopnia inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- Rodzaj i stopień inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie załącznika wskazanego w ust. 1.
- Inwalidztwo ustalone jest w procentach, wskazanych dla danego rodzaju inwalidztwa w tabeli rodzaju inwalidztwa (załącznik nr 3).
- Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku albo inwalidztwa nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego następstwie umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
- Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

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

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 15 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

uciążliwość leczenia – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek zawału serca lub udaru mózgu przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym zawałem serca lub udarem mózgu.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje uszczerbku na zdrowiu doznane w wyniku tego samego zdarzenia.
- W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu, za który świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
- Łączna wartość świadczeń z ryzyka uszczerbku na zdrowiu wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę zdarzeń powodujących uszczerbek i liczbę rodzajów uszczerbków doznanych przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie dla danej klauzuli.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego w tabeli rodzaju uszczerbku (załącznik nr 1) procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Tabela rodzaju uszczerbku dostępna jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był uszczerbek na zdrowiu. Późniejsza zmiana trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- Rodzaj i stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela na podstawie tabeli wskazanej w ust. 2.
- Uszczerbek na zdrowiu ustalany jest w procentach, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszczerbku w tabeli rodzaju uszczerbku (załącznik nr 1).
- Jeżeli w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu i jednocześnie z tytułu zajścia tego zdarzenia albo uszczerbku nim spowodowanego w ciągu 180 dni od dnia zajścia zdarzenia Ubezpieczony umrze, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i/lub śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli.
- Wysokość pomniejszenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może przekroczyć łącznie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego i śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

KLAUZULA 14 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

uciążliwość leczenia – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym przebywał w szpitalu przez 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem.

KLAUZULE

§ 6

Zawiadomienie

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

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 16

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku 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 zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. 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 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 17

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek choroby w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie chorobą nie będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
5. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w związku z ciążą, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

§ 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 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 18

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie zawałem serca lub udarem mózgu.

3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w następstwie zawału serca lub udaru mózgu rozpoznanych i zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 19

POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania wydanego i zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital,

sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznej lub operacji zmiany pęci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

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

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

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

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu)
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydane przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 20 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostrzeń.
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie chorobą.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 3 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
5. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z leczeniem bezpłodności,
 - 3) w związku z ciążą (z wyjątkiem pobytu na oddziale patologii ciąży), porodem (z wyjątkiem porodu patologicznego, który poprzedzony był pobytem

pacjentki na oddziale patologii ciąży przez co najmniej 48 godzin), porogu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie porogu),

- 4) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany pęci,
- 5) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
- 6) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
- 7) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

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

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym;
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie

KLAUZULE

choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 21 DLUGOTRWALY I UCIAŻLIWY POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek.
2. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie uznany za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pod warunkiem, że pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek.
4. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 30 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
5. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie, za każde ukończone 30 dni pobytu w szpitalu (świadczenie miesięczne).
2. Ubezpieczyciel wypłaci w okresie ubezpieczenia nie więcej niż trzy świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 1.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka długotrwałego i uciążliwego pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 22

POBYT DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia;
- 2) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 3) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- 4) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której dziecko Ubezpieczonego przebywało w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt dziecka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:

- 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
- 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 3) w następstwie klęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
- 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
- 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

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

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

I. Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).

II. Pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź sanatorium

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

III. Pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM

- 1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
 3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

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

§ 6

Zawiadomienie

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

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

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 23

POBYT WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której współmałżonek Ubezpieczonego przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, nie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za wypadek ubezpieczeniowy uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - 1) w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszczędzających, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba, że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

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

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia lub polisie sumy ubezpieczenia za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium.
 - III. Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM**
1) W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt. 1) nie może łącznie w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela Współubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM.
 - 3) Za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust 1 pkt I, II, III – w przypadku spełnienia postanowień niniejszych warunków – mogą się kumulować.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w punktach I, II i III nie mogą łącznie przekroczyć w okresie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

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

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),

- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany,
- 4) odpisu skróconego aktu małżeństwa (nie dotyczy partnera),
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez współmałżonka Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 24

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

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

- 1) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 2) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 3) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka > 0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 4) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 5) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepów nerki ze wskazań życiowych;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AsPAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
- 8) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie i/lub wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub

neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwały i postępujący ubytek neurologiczny;

- 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczuć światła lub z poczuć światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciela o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
- 11) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krani), przewlekłej choroby krani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym.
- 13) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewiątek” lub tabeli Lunda i Browdera;
- 14) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
- 15) **śpiączka** – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
- 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
- 17) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - d) przeszczep szpiku kostnego;Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 18) **zakażenie wirusem HIV** – zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, w wyniku bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych, lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas prowadzenia obowiązków służbowych. Ubezpieczyciel udziela również ochrony na wypadek zakażenia wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilie. Przypadki zakażenia wirusem HIV muszą być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub wiarygodną dokumentacją medyczną, przedstawioną Ubezpieczycielowi pod warunkiem, że do zakażenia doszło w trakcie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
- 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – klinicznie rozpoznana przez specjalistę neurologa choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
 - b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, (konieczna jest pomoc osób trzecich),
 - c) samodzielnego mycia się i toalety, (konieczna jest pomoc osób trzecich),
 - d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, (konieczna jest pomoc osób trzecich),

- e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
- 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaninę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopy. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
- 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu, pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiel, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i chłoba kregowego czy ziarniaków;
- 22) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby. Wyklucza się niedowłady. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia;
- 23) **piorunujące zapalenie wątroby (hepatitis fulminans)** – niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masowe uszkodzenie mięszu wątroby, gwałtowne zmniejszenie się masy wątroby, objektywne objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń. Ubezpieczyciel wyklucza i nie ponosi odpowiedzialności jeśli piorunujące zapalenie wątroby powstało wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków i/lub nadużycia alkoholu;
- 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i społecznego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, ośpienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
- 25) **wstrząs septyczny** – sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krąży najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteriemia, iremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typ C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku odpowiednio:
 - 1) w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - 2) w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antigen) lub badania per rectum (badanie 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 wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - 2) pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny guz mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - anemia aplastyczna
 - zakażenie wirusem HIV
 - choroba Creutzfelda Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - opioniak
 - paraliż
 - piorunujące zapalenie wątroby
 - choroba Alzheimera
 - wstrząs septyczny
 - przewlekłe zapalenie wątroby typu C,
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej lub umowie ubezpieczenia.

§ 5

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony dozna poważnego zachorowania oraz nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia umrze, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 6

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie,
 - w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - w zakresie podstawowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewłękła niewydolność nerek;
 - w zakresie rozszerzonym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewłękła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka
 - choroba Creutzfelda Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - choroba Alzheimera.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

Zawiadomienie

- Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:
 - wniosku o wypłatę świadczenia,
 - kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
 - dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.
- Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 8

Wejście w życie

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

§ 9

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 25 POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

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

- dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
- nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych

wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewłękłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szczyki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;

- łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwały i postępujący ubytek neurologiczny;
- przewłękła niewydolność nerek** – przewłękła, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- zapalenie wątroby typu B** – przewłękła wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyńniczych” na skórze;
- śpiączka** – stan w którym znalazło się dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób dziecka Ubezpieczonego;
- dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęstszy występujący i najcięższa postać dystrofii); rozpoznawanie wymaga potwierdzenia wyczerpującej dokumentacji medycznej;
- stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

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

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

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

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:

- w wyniku powtórnego wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
- w wyniku poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie,
- w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem dziecka Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 6

Zawiadomienie

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

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 26 POWAŻNE ZACHOROWANIE WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

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

- udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewłękłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szczyki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- przewłękła niewydolność nerek** – przewłękła, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające

- ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
 - 6) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile współmałżonek Ubezpieczonego jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
 - 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie ($> 1,5 \times$ górna granica normy) wartości AsAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy;
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
 - 8) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciśnień wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwały i postępujący ubytek neurologiczny;
 - 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografia). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
 - 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku ($VO=0$, z brakiem poczuć światła lub z poczuć światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciela o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
 - 11) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
 - 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym.
 - 13) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewiątek” lub tabeli Lunda i Browdera;
 - 14) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
 - 15) **śpiączka** – stan w którym znalazł się współmałżonek Ubezpieczonego w następstwie nieszcześliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób współmałżonka Ubezpieczonego;
 - 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
 - 17) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii

- oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
- a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - d) przeszczep szpiku kostnego;
- Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 18) **zakażenie wirusem HIV** – zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, w wyniku bezpośredniego wykonywania obowiązków zawodowych, lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas prowadzenia obowiązków służbowych. Ubezpieczyciel udziela również ochrony na wypadek zakażenia wirusem HIV jako powikłanie transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię. Przypadki zakażenia wirusem HIV muszą być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub wiarygodną dokumentacją medyczną, przedstawioną Ubezpieczycielowi pod warunkiem, że do zakażenia doszło w trakcie udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
 - 19) **choroba Creutzelda Jakoba** – klinicznie rozpoznana przez specjalistę neurologa choroba powodująca niemożność wykonywania przez współmałżonka Ubezpieczonego minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej
 - b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - c) samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich
 - e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
 - 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi opierać się co najmniej na dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmocnienie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
 - 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu, pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiele, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;
 - 22) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby. Wyklucza się niedowłady. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia;
 - 23) **piorunujące zapalenie wątroby (hepatitis fulminans)** – niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masowe uszkodzenie miąższu wątroby, gwałtowne zmniejszenie się masy wątroby, objawowe objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń. Ubezpieczyciel wyklucza i nie ponosi odpowiedzialności jeśli piorunujące zapalenie wątroby powstało wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków i/lub nadużycia alkoholu;
 - 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednocześnie rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, otępienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
 - 25) **wstrząs septyczny** – sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakterie, iremia

- i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub wstrząsach. Jednocześnie rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetwale zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u współmałżonka Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony, poważnego zachorowania.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku odpowiednio:
 - 1) w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - 2) w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum 1 raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antigen) lub badania per rectum (badanie 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 odstępowanie od badań wyniosł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - 2) pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,

KLAUZULE

- chirurgiczne leczenie choroby naczyń,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny guz mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulektomia,
 - anemia plastyzna
 - zakażenie wirusem HIV
 - choroba Creutzfelda Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - oponiak
 - paraliż
 - piorunujące zapalenie wątroby
 - choroba Alzheimera
 - wstrząs septyczny
 - przewlekłe zapalenie wątroby typ C.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego wskazany jest w polisie ubezpieczeniowej lub umowie ubezpieczenia.

§ 5

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli współmałżonek Ubezpieczonego dozna poważnego zachorowania a Uprawniony nabędzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, a następnie w wyniku tego samego poważnego zachorowania, w ciągu 180 dni od dnia jego wystąpienia współmałżonek umrze, Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego o kwotę przyznawanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 6

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pociągami – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 2) w związku z pełnieniem przez współmałżonka Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 3) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpieniem którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 4) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie,
 - 5) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania zdefiniowanego w § 1, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem współmałżonka Ubezpieczonego ochroną ubezpieczenia
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - 1) w zakresie podstawowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - 2) w zakresie rozszerzonym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka
 - choroba Creutzfelda Jakoba
 - choroba Parkinsona
 - choroba Alzheimera..
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

Zawiadomienie

1. Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,

- 3) kopii dowodu tożsamości współmałżonka Ubezpieczonego,
 - 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
 - 5) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć składaną dokumentację medyczną współmałżonka w języku polskim, angielskim lub łacińskim.

§ 8

Wejście w życie

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

§ 9

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 27 CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, jeśli dana niezdolność do pracy nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od dnia wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia wskazaną w umowie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające czasową niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
4. Jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego zostanie orzeczona czasowa niezdolność do pracy, świadczenie wynikające z ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach tej klauzuli) zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego w ramach niniejszej klauzuli.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o czasowej niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

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

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniał w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 29 INWALIDZTWO WSPÓŁMAŁŻONKA 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 współmałżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku współmałżonek Ubezpieczonego może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniał w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu współmałżonka Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 współmałżonek Ubezpieczonego zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 30 INWALIDZTWO DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

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

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci określonego (**załącznik nr 3**) rodzaju inwalidztwa procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. W wyniku nieszczęśliwego wypadku dziecko Ubezpieczonego może doznać więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa; z zastrzeżeniem ust. 4 świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje wszystkie rodzaje inwalidztwa doznane w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy dany rodzaj inwalidztwa będzie uwzględniał w sobie doznanie innego rodzaju inwalidztwa w wyniku zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za doznanie tego rodzaju inwalidztwa, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego w związku z doznaniem więcej niż jednego rodzaju inwalidztwa spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli przyznane zostanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i jednocześnie z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku zostało przyznane bądź wypłacone świadczenie z tytułu klauzul dotyczących wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wówczas kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwoty wypłacone bądź przyznane wcześniej z tytułu zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju inwalidztwa, który został określony w niniejszej klauzuli.
7. Jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w §2 dziecko Ubezpieczonego zostanie uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

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

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 31 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.
- Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wyćinków, zabiegów endoskopowych oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek choroby zostanie poddany operacji chirurgicznej.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
3. Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:

1 stopień trudności	100% sumy ubezpieczenia
2 stopień trudności	45% sumy ubezpieczenia
3 stopień trudności	15% sumy ubezpieczenia
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (**załącznik nr 5**).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniał w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego lub sumy świadczeń w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej, a następnie w ciągu 180 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego umrze i śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku tej operacji bądź w następstwie tej samej choroby, w następstwie której Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli,
 - 4) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pologiem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 5) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

KLAUZULE

§ 6

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,
- 4) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 32

OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.grupaconcordia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wyników, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku zostanie poddany operacji chirurgicznej.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 1, po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
3. Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalane jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:

1 stopień trudności	100% sumy ubezpieczenia
2 stopień trudności	45% sumy ubezpieczenia
3 stopień trudności	15% sumy ubezpieczenia
2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli (załącznik nr 5).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego lub sumy świadczeń w danym roku udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony nabydzie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej, a następnie w ciągu 180 dni od dnia zajścia

wypadku ubezpieczeniowego umrze i śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku tej operacji bądź w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego Ubezpieczony został poddany operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel umniejszy kwotę świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci o kwotę przyznanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w par. 1 niniejszej klauzuli,
 - 4) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

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,
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- 5) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 33

URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony, dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się dziecka Ubezpieczonemu,
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,

- 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 34

URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony; dziecko Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które urodziło się martwe, w konsekwencji czego został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego, w konsekwencji której został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe.
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 35

URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **fenyloketonuria** (ICD-10 E70.0) – choroba u podłoża której leży mutacja genu odpowiedzialnego za aktywność enzymu hydroksylazę fenyloalaninową (PAH). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone po minimum 7 dniach od dnia urodzenia dziecka badaniem kolorymetrycznym wykazującym stężenie fenyloalaniny lub badaniem metabolitów fenyloalaniny w moczu z zastosowaniem FeCl₃. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy (wg podziału klinicznego) fenyloketonurii klasycznej (aktywność PAH < 1%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie >1200 µmol/l). Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za łagodną formę choroby takie jak fenyloketonuria łagodna (aktywność PAH 1-3%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie 600-1200 µmol/l) lub hiperfenyloalaninemia łagodna (aktywność PAH 3-6%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie <600 µmol/l).
- 2) **ubytek przegrody międzykomorowej** (ICD-10 Q21.0) - wrodzona wada serca, polega na ubytku w części białostej przegrody międzykomorowej lub części mięśniowej. Ubezpieczyciel odpowiada za te przypadki ubytku przegrody międzykomorowej, które wymagają leczenia chirurgicznego (operacji). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym

lub USG pozwalającym określić wielkość i lokalizację ubytku oraz wielkość przecieku oraz badaniem EKG stwierdzającym patologiczny lewogram, głębokie załamki S w odprowadzeniach przedsercowych V1-V3, wysokie załamki R w odprowadzeniach V4-V6.

- 3) **galaktozemia** (ICD-10 E74.2) - choroba genetyczna objawiająca się brakiem enzymu galaktozo-1-fosforanourydylo-transferazy (G-1-UPT) lub brakiem galaktokinazy co doprowadza do niemożliwości przekształcenia galaktozy w glukozę. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone wynikami badań stwierdzającymi podwyższone stężenie galaktozy we krwi, obecności galaktozy w moczu oraz brakiem transferazy w krwinkach czerwonych.
- 4) **tetralogia Fallota (zespół Fallota)** (ICD-10 Q21.3) - wrodzona wada serca, na którą składają się zwężenie drogi odpływu prawej komory, duży ubytek w przegrodzie międzykomorowej, przesunięcie w prawo aorty (aorta jeździec, prawostronne położenie aorty, dektopozycja aorty) oraz przerost prawej komory serca, wtórny do zwężenia. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym lub USG oraz badaniem EKG.
- 5) **zespół Downa** (ICD-10 Q90) - zespół wad wrodzonych spowodowany obecnością dodatkowego chromosomu 21 albo jego części, objawiający się typowymi dla tej choroby cechami dysmorficznymi. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem cytogenetycznym. Ubezpieczyciel odpowiada za urodzenia dziecka z Zespołem Downa, którego matka nie ukończyła w dniu urodzin dziecka 37 roku życia.
- 6) **wodogłowie wrodzone** (ICD-10 Q03) - zwiększenie objętości płynu mózgowo-rdzeniowego noworodka w układzie komorowym mózgu spowodowane nieprawidłowym krążeniem płynu mózgowo-rdzeniowego w następstwie wrodzonych wad anatomicznych powodujących wzrost ciśnienia śródczaszkowego powyżej wartości 3 cm H₂O. Definicja nie obejmuje wodogłowia nabytego (ICD-10 G91), wodogłowia spowodowanego wrodzoną toksoplazmozą (ICD-10 P37.1), wodogłowia ze współistniejącym rozszczepem kręgosłupa (Q05.0-Q05.4) oraz Zespołu Arnolda-Chiari (Q07.0). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem USG lub badaniem tomograficznym.
- 7) **mukowiscydoza** (ICD-10 E84) - wrodzona, genetycznie uwarunkowana choroba ogólnoustrojowa o różnorodnej ekspresji klinicznej, będąca następstwem mutacji genu odpowiedzialnego za syntezę błonowego kanału chlorkowego CFTR. Ubezpieczyciel - w ramach niniejszej definicji - odpowiada wyłącznie mutacją delta F508. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone dodatnim wynikiem testu potowego (Cl⁻ > 60 mmol/l w co najmniej dwóch badaniach), wykryciem mutacji w obu allelach CFTR, lub dużą wartością przezblonowej różnicy potencjałów.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, jeśli diagnoza nastąpi przed upływem 180 dni od daty zdarzenia.
2. W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu z wadą wrodzoną 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia lub polisie.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające wystąpienie jednej ze wskazanych w § 1 chorób oraz fakt, że dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.
3. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli urodziło się dziecko, u którego stwierdzono jedną lub kilka wad lub chorób wskazanych w § 1.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również wszelkiej dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie jednej z w/w chorób/wad.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 36 POKRYCIE KOSZTÓW PRZESZCZEPÓW LUB REKONSTRUKCJI ORGANU W WYNIKU CHOROBY NOWOTWOROWEJ LUB W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

choroba nowotworowa – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony poddał określoną część ciała przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabył protezy. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy było następstwem określonego uszczerbku na zdrowiu, którego Ubezpieczony doznał na skutek choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za te wypadki, które zostały wymienione w załączniku nr 4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi zarówno w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu jest bezpośrednią konsekwencją choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku, jak również gdy jest konsekwencją związanego z nimi leczenia.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pokrycia kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub następstw nieszczęśliwych wypadków 6 miesięczną karencję, o ile wypadek ubezpieczeniowy ma związek z chorobą.
3. W przypadku gdy wypadek ubezpieczeniowy ma związek z nieszczęśliwym wypadkiem jakiemu uległ Ubezpieczony, warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście tego nieszczęśliwego wypadku po dniu przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
4. Zajście wypadku ubezpieczeniowego ustalone jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, w trakcie którego dokonano u Ubezpieczonego przeszczepu lub rekonstrukcji bądź po zakończeniu leczenia oraz nabyciu przez Ubezpieczonego protezy.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia (sumy bazowej dla ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji) – zgodnie z załącznikiem nr 4.
2. Jeśli w wyniku jednego zdarzenia Ubezpieczony dozna kilku rodzajów uszczerbków na zdrowiu, których następstwem było poddanie określonych części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi, bądź rekonstrukcji lub nabyciu protez przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje przeszczepów bądź rekonstrukcji, którym poddał się Ubezpieczony, jak również wszystkie przypadki nabycia protez w związku z tym samym zdarzeniem.
3. W przypadku, gdy utrata zdrowia spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie utratę zdrowia spowodowaną doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe.
4. Łączna wartość świadczeń z ryzyka przeszczepów i rekonstrukcji wypłaconych w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę i rodzaj uszczerbków na zdrowiu powodujących przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy przez Ubezpieczonego, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla tego ryzyka dodatkowego.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał:
 - 1) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 4) w związku z chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; wyłączenie to dotyczy także nabycia protezy,
 - 5) w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i pobytem – poza przypadkami komplikacji stanowiącymi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety,
 - 6) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia do przeszczepów i rekonstrukcji powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub zakup protezy,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Wejście w życie

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

§ 7

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 37 ZAPADNIĘCIE UBEZPIECZONEGO W ŚPIĄCZKĘ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

śpiączka – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli Ubezpieczony zapadł w śpiączkę, wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 10 dni od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dzienne za każdy dzień śpiączki Ubezpieczonego licząc od dnia zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę.
2. Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia na wypadek zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel w ramach jednej umowy ubezpieczenia wypłaci nie więcej niż wysokość 100% sumy ubezpieczenia (100 świadczeń dziennych).
4. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

KLAUZULE

§ 4

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 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.), jeśli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie choroby.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 38 POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

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

§ 3

Zawiadomienie

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

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 39 PRZERWANIE NAUKI DZIECKA NA STUDIACH WYŻSZYCH W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko** – osoba Ubezpieczona w wieku do 25 lat lub dziecko osoby Ubezpieczonej w wieku do 25 lat;
- 2) **choroba** – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z umowy ubezpieczenia, określonych w pkt 3 do 8, zdiagnozowany przez lekarza po dniu przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia;
- 3) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 4) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin. Powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 5) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 6) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 8) **niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazan życiowych.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku lub choroby, w następstwie których doszło do przerwania nauki na studiach wyższych.
2. Przerwaniem nauki na studiach wyższych nie jest urlop dziekański lub zmiana trybu nauki.
3. Za naukę na studiach wyższych uznaje się wpisanie na listę studentów Publicznej lub Niepublicznej Uczelni Wyższej, które uzyskały zezwolenie Ministra Edukacji Narodowej do kształcenia studentów i nadawania tytułu licencjata i/lub magistra.
4. W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych tylko w przypadku jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika, którego przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub choroba. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania dziecka na powołaną przez siebie komisję lekarską.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności dziecka do pracy.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również orzeczenia lekarza orzecznika o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, dokumentu z uczelni informującego o skreśleniu dziecka z listy studentów oraz dokumentacji potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 40 POMOC MEDYCZNA W NAGŁYCH PRZYPADKACH

§ 1

Definicje i skróty

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

- 1) **choroba przewlekła** – stan chorobowy, którego pierwsze objawy fizyczne lub rozpoznanie na podstawie odchyleń w badaniach dodatkowych miały miejsce przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej i które nawróciły, trwały nadal, zaostrzyły się lub dawały powikłania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **centrum Alarmowe** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, w imieniu i na zlecenie Ubezpieczyciela. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia do Centrum Alarmowego. Dane identyfikujące Centrum Alarmowe Ubezpieczony otrzymuje wraz z indywidualnym potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.
- 3) **dziecko** – osoba/osoby pozostające pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkujące, która/które w momencie zajścia zdarzenia assistance nie przekroczyły 15 roku życia,
- 4) **lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant,
- 6) **miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres jest wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia jako miejsce stałego zamieszkania lub adres korespondencyjny, w zależności od tego gdzie nastąpiło pierwsze zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i zgłoszone przez Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym Ubezpieczyciela pisemnie za pomocą listu poleconego, a ochrona ubezpieczeniowa w nowym miejscu zamieszkania jest ważna po upływie 48 godz. od wpłynięcia pisma do Ubezpieczyciela;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wypadku ubezpieczeniowego; przez nieszczęśliwy wypadek nie rozumie się zawału serca lub udaru mózgu;

- 8) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
- 9) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia uzasadniającego konieczność świadczenia asysty, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 10) **rok ubezpieczeniowy** – następujące po sobie kolejne okresy 12-miesięczne; pierwszy rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazanym w indywidualnym potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 11) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny; przebiegu udaru musi zostać potwierdzone diagnozą lekarza;
- 12) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia; zawał serca powinien być stwierdzony powstaniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 13) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości naciek w Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za nowotwór uważa się w szczególności raka piersi i raka prostaty;
- 14) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 15) **przewłektła niewydolność nerek** – przewłektła, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 16) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 17) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem, tj. małżonek Ubezpieczonego i dziecko Ubezpieczonego, zamieszkujący wspólnie z Ubezpieczonym. Na potrzeby współubezpieczenia, odmiennie niż w §1 pkt 3, za dziecko uważa się każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia lub nie ukończyło 26 roku życia, jeżeli pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej lub bez względu na wiek dziecka, jeżeli jest ono całkowicie i trwale niezdolne do pracy według orzeczenia organu emerytalno-rentowego;
- 18) **zwierzęta domowe** – zwierzęta oswojone i tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. węży, zwierząt jadowitych lub psów uznanych za agresywne wg rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracyjnych z 28.04.2003 r.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Na podstawie niniejszej klauzuli Ubezpieczyciel spełniać będzie na rzecz Ubezpieczonego i osób Współubezpieczonych w razie zajścia zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej świadczenia niepieniężne polegające na zapewnieniu tym osobom możliwości skorzystania z usług i świadczeń wymienionych w § 3. Świadczenie Ubezpieczyciela nie polega na zaplacie.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszej klauzuli obejmuje ryzyko:

- 1) w wariancie standardowym – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
- 2) dla opcji rozszerzającej – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
- 3) dla opcji VIP – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w związku z wystąpieniem w okresie ubezpieczenia jednego z następujących poważnych zachorowań: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczep dużych narządów, przewłektła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych. Przez poważne zachorowanie jako przyczynę utraty zdrowia rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego poważnego zachorowania, przyjętej w §1.
3. Zarówno opcji rozszerzającej, jak i opcji VIP nie można nabyć bez uprzedniego przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia opisanego w wariancie standardowym.
4. W przypadku dokupienia opcji rozszerzającej, w definicjach przywołanych w §1, w których mowa o Ubezpieczonym rozumie się także Współubezpieczonych. Nie dotyczy to definicji podanych w pkt 6 i 17.
5. Zdarzenia powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, o których mowa w ust. 2 muszą wystąpić na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem dodatkowych ograniczeń wskazanych w §3, opisującym zakres poszczególnych świadczeń ubezpieczeniowych.
6. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Pomoc medyczna w nagłych przypadkach 1 miesięczną karancję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiotem ochrony w odniesieniu do ryzyka obejmowanego umową na podstawie niniejszej klauzuli jest:
 - 1) w wariancie standardowym – zdrowie Ubezpieczonego,
 - 2) dla opcji rozszerzającej – zdrowie Współubezpieczonych,
 - 3) dla opcji VIP – zdrowie Ubezpieczonego.
2. W wariancie standardowym – w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bądź hospitalizacji spowodowanej tym nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) **wizyta lekarza** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego, oddalonego od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego o co najmniej 50 km;
 - 2) **transport medyczny** – w sytuacjach braku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia wymagającego natychmiastowej interwencji Pogotowia Ratunkowego, organizacja i pokrycie kosztu transportu Ubezpieczonego do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy na terytorium RP (nie dalej niż 50 km od miejsca pobytu Ubezpieczonego). O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego. Koszty transportu nie są pokrywane, jeśli interweniuje pogotowie ratunkowe na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 3) **transport medyczny powrotny** – organizacja i pokrycie kosztu transportu powrotnego ze szpitala do miejsca zamieszkania, jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 7 dni. O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego;
 - 4) **wizyta pielęgniarki** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz Centrum Alarmowego;
 - 5) **dostawa leków i sprzętu** – na żądanie Ubezpieczonego, organizacja i pokrycie kosztu dostarczenia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego leków lub drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (np. kule), przepisanych na receptę w związku z prowadzonym leczeniem, będącym skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Koszt leków lub sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego;
 - 6) **opieka nad dziećmi** lub osobami niesamodzielnymi – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu;

- 7) **transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu podróży osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) z jej miejsca zamieszkania na terenie RP do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
- 8) **transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu transportu dzieci w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) w towarzystwie przedstawiciela Centrum Alarmowego do osoby zamieszkałej na terytorium RP i wyznaczonej do opieki nad dziećmi przez Ubezpieczonego;
- 9) **opieka nad zwierzętami** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad zwierzętami pozostawionymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu, bądź organizuje oraz pokrywa koszty przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
- 10) **pomoc domowa** – jeżeli po zakończeniu hospitalizacji w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem lekarz stwierdzi, iż uzasadniona jest konieczność pomocy Ubezpieczonemu w miejscu zamieszkania na terytorium RP, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu pomocy domowej do wysokości ustalonego limitu. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub osoba bliska wspólnie z nim zamieszkująca. W zakresie obowiązków pomocy domowej wchodzi następujące czynności: drobne zakupy, drobne porządki, przyrządzanie codziennych posiłków;
- 11) **przekazanie informacji** – w przypadku hospitalizacji, na życzenie Ubezpieczonego lub osoby bliskiej wspólnie z nim zamieszkującej, Centrum Alarmowe będzie przekazywać ważne wiadomości rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych;
- 12) **organizacja procesu rehabilitacji** – na wniosek Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności przez lekarza prowadzącego leczenie, Centrum Alarmowe organizuje proces rehabilitacji. Pomoc polega na ustaleniu przez lekarza Centrum Alarmowego liczby oraz rodzaju koniecznych zabiegów (na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej), jak również na wskazaniu Ubezpieczonemu najbliższej placówki, w której rehabilitacja może się odbyć i umówieniu wizyt;
- 13) **infolinia medyczna** – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji medycznej. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu informacje:
 - a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) informacja o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - c) informacja o placówkach mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - d) informacja medyczna o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - e) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - f) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - g) informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,

- h) informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
- i) informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- j) informacja o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
- k) informacja o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
- l) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej.
- 14) **w przypadku zgonu osoby bliskiej** (współmałżonek, rodzice, dzieci), trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego lub osób bliskich na skutek nieszczęśliwego wypadku, jak również w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub osoby bliskiej (zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczep dużych narządów, przewlekła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych) Ubezpieczonemu przysługuje następujące świadczenie:
- pomoc psychologa** – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe organizuje i pokryje koszty wizyt u wskazanego przez Centrum Alarmowe psychologa wraz z transportem na wizytę i transportem powrotnym, nie więcej niż 3 wizyty na jedno zdarzenie. Warunkiem udzielenia świadczenia jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentu poświadczającego wystąpienie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (akt zgonu, dokumentacja medyczna).
3. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.
4. Prawo do świadczeń określonych w ust. 2 pkt 1-12 przysługuje w terminie do 30 dni od momentu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zdarzeń skutkujących hospitalizacją prawo do świadczeń zostaje utrzymane maksymalnie do upływu 14 dni od zakończenia hospitalizacji Ubezpieczonego.
5. Prawo do świadczenia określonego w ust. 2 pkt 14 przysługuje w terminie do 180 dni od momentu zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
6. **W przypadku opcji rozszerzającej** – za opłatą dodatkowej składki świadczenia wymienione w ust. 2 pkt 1-14 przysługują także Współubezpieczonym. Ust. 4 i 5 mają odpowiednie zastosowanie.
7. **W przypadku opcji VIP** – za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego opisany w ust. 2 pkt 1-14 zostaje rozszerzony o organizację i pokrycie kosztów wizyty u następujących lekarzy specjalistów: kardiolog, neurolog, nefrolog, chirurg, onkolog. Ust. 5 ma odpowiednie zastosowanie.
- Warunkiem nabycia prawa do świadczenia jest wystąpienie u Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, jednego z następujących poważnych zachorowań: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przewlekła niewydolność nerek; przeszczep dużych narządów lub chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych; Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1. Zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty obejmuje również transport Ubezpieczonego na wizytę i transport powrotny (środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego, a więc pociąg I klasy – wraz z taksówką na dworzec i z dworca – lub transport medyczny). O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej.
8. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia pomoc medyczna w nagłych przypadkach wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego samodzielnie bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 5.
2. Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy powstał w związku z uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona także, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
- 1) chorobami przewlekłymi Ubezpieczonego,

- 2) rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone, a rozpoczęły się przed datą przystąpienia do ubezpieczenia,
- 3) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej (z wyjątkiem świadczeń dostępnych poprzez dokupienie opcji VIP – organizacja wizyty specjalisty).
4. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:
- 1) koszty świadczeń medycznych udzielonych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
- 1) nieudzielenie świadczeń z powodu zadziałania siły wyższej,
- 2) opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Alarmowego, mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenia.
6. W przypadku dokupienia opcji rozszerzającej o której mowa w § 3 ust. 6 wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wymienione w ust. 1-5 odnoszą się także do Współubezpieczonych.

§ 5

Limity odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń wymienionych w § 3 ust. 2 pkt 1-12 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, tj. dwóch nieszczęśliwych wypadków lub dwóch nagłych zachorowań lub jednego nieszczęśliwego wypadku i jednego nagłego zachorowania. Postanowienia niniejszego ustępu nie dotyczą świadczeń wymienionych w § 3 ust. 2 pkt 13.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów świadczenia wymienionego w § 3 ust. 2 pkt 14 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń uzasadniających zorganizowanie pomocy psychologa, zgodnie z postanowieniami niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zachowaniem postanowień ust. 1 i 2, w stosunku do niektórych rodzajów świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel wprowadza dodatkowo limity kwotowe i ilościowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie uzasadniające prawo do świadczenia	Rodzaj świadczenia	Limit roczny
Nieszczęśliwy wypadek, Nagłe zachorowanie	Wizyta lekarza	Maksymalnie 2 wizyty, w tym nie więcej niż 1 wizyta na zdarzenie
	Wizyta pielęgniarki	2 razy/rok (1 raz = maksymalnie 48 godzin, nie więcej niż 4 wizyty)
	Dostarczenie leków i sprzętu	2 razy
	Transport do szpitala	500 zł
	Transport ze szpitala do miejsca zamieszkania	500 zł
	Opieka nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi	300 zł / do 5 dni
	Transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	Równowartość ceny biletów Maksymalnie 2 przejazdy
	Transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki nad nimi	Równowartość ceny biletów Maksymalnie 2 przejazdy
	Opieka nad zwierzętami domowymi lub ich transport	100 zł

Nieszczęśliwy wypadek, Nagłe zachorowanie	Przekazanie wiadomości rodzinie lub pracodawcy	Brak
	Pomoc domowa	300 zł / do 5 dni
	Organizacja procesu rehabilitacji	Brak
	Infolinia medyczna	Brak
Zgodnie z §3 ust. 2 pkt 14	Pomoc psychologa	maksymalnie 6 wizyt, w tym nie więcej niż 3 wizyty na zdarzenie
Poważne zachorowanie wymienione w §3 ust. 7	Wizyta u specjalisty	maksymalnie 4 wizyty, w tym nie więcej niż 2 wizyty na zdarzenie do limitu 1000 PLN rocznie

4. W przypadku ubezpieczenia w ramach opcji rozszerzającej odpowiednie postanowienia ust. 1-3 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 6

Zawiadomienie

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia) Ubezpieczony obowiązany jest, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym, dzwoniąc pod numer telefonu 61-666-1-777, czynny całą dobę, i podać następujące dane:
- imię i nazwisko,
 - dokładny adres miejsca zamieszkania,
 - numer PESEL,
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,
 - wszelkie inne informacje niezbędne Centrum Alarmowemu w celu udzielenia świadczenia Ubezpieczonemu.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
- udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego lub innemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
 - udzielić specjalistom lub lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - nie powstrzymać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie dwóch godzin od zawiadomienia o zdarzeniu (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
 - zwołać lekarza prowadzącego leczenie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, wobec lekarza Centrum Alarmowego lub innej osoby Centrum Alarmowego w zakresie umożliwiającym wykonanie zobowiązania,
 - współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełni, któregośkolwiek z postanowień określonych w ust. 1-2, Ubezpieczyciel może odmówić organizacji świadczeń określonych w §3, pod warunkiem, że niedopełnienie postanowienia uniemożliwiło realizację tych świadczeń lub weryfikację tego czy przysługuje ochrona ubezpieczeniowa.
4. Weryfikacja tego czy przysługuje ochrona ubezpieczeniowa jest dokonywana w imieniu Ubezpieczyciela przez Centrum Alarmowe. Fakt spełnienia na rzecz Ubezpieczonego nieodpłatnych świadczeń gwarantowanych umową ubezpieczenia oznacza potwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia Pomoc medyczna w nagłych przypadkach przysługuje.
5. W przypadku ubezpieczenia w ramach opcji rozszerzającej odpowiednie postanowienia ust. 1-4 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 41 LEKARZ NA TELEFON

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **infolinia medyczna** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej klauzuli. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić telefonicznie zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej klauzuli na podany przez Ubezpieczyciela numer Infolinii Medycznej, który Ubezpieczający otrzymuje z chwilą zawierania umowy ubezpieczenia;
- 2) **lekarz konsultant** – specjalista uprawniony do udzielania informacji Ubezpieczonemu (w szczególności lekarz internista), osoba wykwalifikowana posiadająca wiedzę medyczną;
- 3) **stan chorobowy** – stan, w którym Ubezpieczony ma przeświadczenie lub niepewność związaną z własnym stanem zdrowia lub profilaktyką zdrowotną;

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w trakcie udzielania ochrony w postaci choroby lub stanu chorobowego, w następstwie którego Ubezpieczony ma potrzebę uzyskania informacji od lekarza konsultanta.
2. Dodatkowo Infolinia Medyczna udostępni Ubezpieczonemu:
 - 1) informację medyczną o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - 2) informację farmaceutyczną o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - 3) informację o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyficke danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - 4) informację o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - 5) informację o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - 6) informację o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
 - 7) informację o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - 8) informację o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci.
3. Przekazywane treści przez lekarza konsultanta mają wyłącznie charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jak wizyta lekarska umożliwiająca postawienie diagnozy. Konsultacja nie powinna stanowić podstawy do podejmowania działań o charakterze zdrowotnym lub ich zaniechania. W przypadku postępowania sprzecznego z niniejszymi zapisami wyłączną odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.
4. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Lekarz na telefon 1 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na potrzebie uzyskania informacji od lekarza konsultanta w następstwie choroby lub stanu chorobowego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapewnić Ubezpieczonemu możliwość kontaktu za pośrednictwem telefonu z Infolinią Medyczną.
2. Świadczenie wskazane w ust. 1 ma charakter usługi, której koszt pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia pieniężnego lub ekwiwalentu. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów połączeń telefonicznych.
3. Ubezpieczyciel nie stosuje wyłączeń wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterki uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego z numerami Infolinii Medycznej.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do realizacji świadczenia jest identyfikacja Ubezpieczonego przez Infolinię Medyczną na podstawie wypełnienia – w przypadku ubezpieczeń grupowych – obowiązku po stronie Ubezpieczającego wskazanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, polegającego na dostarczeniu Ubezpieczycielowi w wyznaczonych terminach listy osób obejmowanych ubezpieczeniem. W przypadku umowy indywidualnej obowiązek informacyjny wypełnia Ubezpieczyciel.

§ 5

Wejście w życie

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

§ 6

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 42 TWOJA ASYSTA PRAWNA

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Ubezpieczony** – osoba, której zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przewidzianym w niniejszych warunkach;
- 2) **kancelaria prawna** – działający w sposób i w formie przewidzianej w przepisach prawa dla świadczenia pomocy prawnej profesjonalny zespół prawników, kierowany przez osoby z uprawnieniami radcy prawnego bądź adwokata, świadczący usługi, z których na warunkach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mogą korzystać osoby Ubezpieczone;
- 3) **radca prawny** – radca posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu radcy prawnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **adwokat** – prawnik posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu adwokata zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci konieczności skorzystania przez Ubezpieczonego z usług, o których mowa w niniejszych postanowieniach na skutek zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzeń, które powodują konieczność skorzystania z usług prawnych.
2. W stosunku do Ubezpieczonych zawierających umowę w formie indywidualnej oraz w stosunku do Ubezpieczonych, którzy w ramach ubezpieczenia grupowego przystępują po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia lub – w przypadku, gdy Ubezpieczony jest nowym pracownikiem – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia, Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko twoja asysta prawna 1 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W ramach ubezpieczenia, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczony posiada prawo do skorzystania z następujących usług świadczonych przez Kancelarię Prawną:
 - 1) Konsultacje prawne, a także opinie prawne w zakresie spraw wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
 - 2) Przesyłanie wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu;
 - 3) Przesyłanie tekstów aktów prawnych;
 - 4) Udzielaniu informacji teleadresowych dotyczących kancelarii prawnych, kancelarii notarialnych, biur doradztwa podatkowego, sądów i prokuratur.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 są spełniane wyłącznie w przypadku gdy problem prawny, z którym związany jest wypadek ubezpieczeniowy dotyczy następujących gałęzi prawa:
 - 1) prawo cywilne (zagadnienia ogólne, prawo zobowiązań, prawo odszkodowań, prawo rzeczowe, prawo rodzinne, prawo spadkowe);
 - 2) prawo karne (zarówno w przypadku – faktycznego czy rzekomego – popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia jak i w przypadku gdy jest on pokrzywdzonym);
3. Problemy prawne, których dotyczą usługi o których mowa w ust. 2 nie mogą dotyczyć spraw związanych z prowadzeniem przez niego działalności gospodarczej.
4. Świadczenie wskazane w ust. 1 ma charakter usługi, której koszt pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia pieniężnego lub ekwiwalentu.

5. Ubezpieczyciel nie stosuje wyłączeń wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 6.

6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterki uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego lub poprzez sieć internet.

§ 4

Charakterystyka gwarantowanych usług

1. W zakresie usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1 (konsultacje prawne i opinie prawne), rodzaj wykonywanej przez Kancelarię Prawną usługi zależy od charakteru zgłaszanego problemu prawnego. W zależności od charakteru problemu sprawa jest załatwiana w następujący sposób:
 - 1) o ile to możliwe – problem jest rozwiązywany na bieżąco podczas rozmowy telefonicznej w drodze konsultacji prawnych.
 - 2) w przypadku gdy niemożliwe jest rozwiązanie sprawy na bieżąco – Kancelaria Prawna po upływie czasu niezbędnego do wypracowania rozwiązania zgłoszonego problemu kontaktuje się telefonicznie z Ubezpieczonym w celu rozwiązania problemu w drodze konsultacji prawnych.
 - 3) w przypadku gdy niemożliwe jest rozwiązanie problemu prawnego w drodze konsultacji prawnej, a także na każde życzenie Ubezpieczonego – problem rozwiązywany jest poprzez sporządzenie opinii prawnej przesyłanej Ubezpieczonemu drogą mailową bądź faxem. Na życzenie Ubezpieczonego – rozwiązanie problemu prawnego zaproponowane Ubezpieczonemu w drodze konsultacji prawnej zostanie potwierdzone sporządzoną przez Kancelarię Prawną opinią prawną (w takim przypadku konsultację prawną i stanowiącą jej potwierdzenie opinię prawną uznaje się za jedną usługę). Opinia prawna sporządzana jest przez prawnika posiadającego uprawnienia radcy prawnego bądź adwokata.
2. Konsultacje prawne i opinie prawne świadczone są w oparciu o podany przez Ubezpieczonego opis problemu prawnego oraz stanu faktycznego. W przypadku takiej konieczności Ubezpieczony przesyła Kancelarii Prawnej w formie elektronicznej bądź faxem dokumenty niezbędne do przeprowadzenia konsultacji prawnej bądź sporządzenia opinii prawnej.
3. Rozstrzygnięcie problemu prawnego w drodze konsultacji prawnych bądź opinii prawnej nastąpi w oparciu o podany przez Ubezpieczonego stan faktyczny sprawy, o ile otrzymane od Ubezpieczonego informacje to umożliwiają. Dalsze zmiany stanu faktycznego i związana z tym konieczność skorzystania z usługi konsultacji prawnych bądź opinii prawnej traktowane są jako nowy wypadek ubezpieczeniowy – nawet jeśli dotyczą tej samej sprawy.
4. Usługi świadczone przez Kancelarię Prawną polegające na konsultacjach prawnych bądź sporządzeniu opinii prawnej dotyczą wyłącznie tych problemów prawnych, które spełniają następujące warunki:
 - 1) do ich rozwiązania nie jest konieczny kontakt z innymi osobami/ podmiotami niż Ubezpieczony;
 - 2) mogą być rozwiązane w drodze kontaktu z Ubezpieczonym za pomocą środków porozumiewania się na odległość;
 - 3) podane przez Ubezpieczonego informacje (opis stanu faktycznego) i dostarczone dokumenty umożliwiają przedstawienie rozwiązania problemu prawnego.
5. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej wzory umów i pism stosowanych w powszechnym obrocie.
6. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 3 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej tekst każdego aktu prawnego prawa polskiego z wyłączeniem aktów prawa miejscowego – zarówno obowiązujący jak i archiwalny.
7. W ramach usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 4 na życzenie Ubezpieczonego Kancelaria Prawna dostarczy w formie elektronicznej informacje teleadresowe dotyczące kancelarii prawnych, kancelarii notarialnych, biur doradztwa podatkowego, sądów i prokuratur na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Wszelkie usługi świadczone przez Kancelarię Prawną dotyczą wyłącznie problemów prawnych związanych z prawem polskim.

§ 5

Ilość usług gwarantowanych

1. W ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczony uprawniony jest do skorzystania z następującej ilości usług:
 - 1) w odniesieniu do usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1 (konsultacje prawne i opinie prawne) – łącznie 2 usługi;
 - 2) w odniesieniu do usług, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2 (przesyłanie wzorów umów i wzorów pism

- należących do powszechnego obrotu) – łącznie 2 usługi;
- 3) w odniesieniu do pozostałych usług – łącznie 4 usługi.
2. Roczny okres, o którym mowa w ust. 1 liczony jest od dnia, w którym rozpoczęto udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego Ubezpieczonego. Limity określone w ust. 1 ulegają automatycznemu odnowieniu po upływie każdego kolejnego okresu rocznego.

§ 6

Sposób korzystania z usług gwarantowanych

- Kancelaria Prawna zapewnia bieżącą obsługę Ubezpieczonych w dni robocze od godziny 8.00 do 22.00 (godziny urzędowania Kancelarii Prawnej).
- Ubezpieczony kontaktuje się z Kancelarią Prawną na wskazany w dokumencie ubezpieczenia numer telefonu.
- W godzinach wskazanych urzędowania Kancelarii Prawnej następuje kontakt z dyżurnym prawnikiem Kancelarii Prawnej, który na podstawie podanych przez Ubezpieczonego danych weryfikuje istnienie i zakres ochrony ubezpieczeniowej. Następnie – w oparciu o zgłoszone przez Ubezpieczonego żądanie i podany przez niego opis problemu prawnego następuje spełnienie usługi gwarantowanej niniejszymi warunkami ubezpieczenia.
- Poza godzinami urzędowania Kancelarii Prawnej Ubezpieczony ma możliwość pozostawienia wiadomości głosowej lub informacji w formie poczty elektronicznej wraz z opisem problemu prawnego. W takim wypadku Kancelaria Prawna kontaktuje się z Ubezpieczonym w następnym dniu roboczym.
- Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów niniejszych warunków ubezpieczenia, w przypadku gdy jest to niezbędne do prawidłowego spełnienia usługi konsultacji prawnych bądź sporządzenia opinii prawnej, Kancelaria Prawna może zażądać od Ubezpieczonego przesłania odpowiednich dokumentów w formie elektronicznej na podany adres mailowy bądź na podany numer faxu.
- Usługi, z których Ubezpieczony może skorzystać na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia spełniane są w miarę możliwości niezwłocznie a najpóźniej w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia przez Ubezpieczonego (bądź otrzymania od Ubezpieczonego dokumentów niezbędnych do prawidłowego wykonania usługi).

§ 7

Zawiadomienie

Podstawą do realizacji świadczenia jest identyfikacja Ubezpieczonego przez Kancelarię Prawną na podstawie wypełnienia obowiązku – w przypadku ubezpieczeń grupowych – po stronie Ubezpieczającego wskazanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, polegającego na dostarczeniu Ubezpieczycielowi w wyznaczonych terminach listy osób obejmowanych ubezpieczeniem. W przypadku umowy indywidualnej obowiązek informacyjny wypełnia Ubezpieczyciel.

§ 8

Wejście w życie

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

§ 9

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 43 ABONAMENT NA ZDROWIE

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- cięża wysokiego ryzyka** – ciąża zakwalifikowana przez lekarza Partnera Medycznego lub lekarza placówki, do której Ubezpieczony został skierowany zgodnie z § 2 ust. 4, na podstawie obowiązujących standardów medycznych w Polsce, jako ciąża, w której istnieje poważne niebezpieczeństwo rozwoju groźnych dla życia dziecka i matki komplikacji;
- infolinia medyczna** – linia telefoniczna wskazana na Karcie Medycznej Ubezpieczenia, za pośrednictwem której Ubezpieczony, w sytuacji wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną, umawia się na wizytę, badanie lub uzyskuje informacje o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych;
- karta medyczna ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową ważny wyłącznie z dokumentem tożsamości, na którym widnieje zdjęcie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, prawo jazdy, paszport). W przypadku dzieci nie posiadających dokumentu określającego tożsamość, Karta Medyczna Ubezpieczenia

ważna jest wraz z dokumentem tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego;

- lekarz** – osoba, której kwalifikacje są potwierdzone formalnie, uprawniona do leczenia zachorowań bądź urazów, wykonująca zawód zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i kwalifikacjami. W myśl definicji, za lekarza nie uznaje się Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę bliską Ubezpieczonemu (mąż, żona, syn, córka, ojciec, matka, brat, siostra, teść, teściowa);
- partner Medyczny** – podmiot, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych;
- placówki partnera medycznego** – podmioty lub osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego w Polsce, z którymi Partner Medyczny zawarł umowę, które w myśl przepisów prawa są uprawnione do realizacji świadczeń medycznych;
- przegląd stanu zdrowia** – profilaktyczne badania diagnostyczne świadczone przez Partnera Medycznego;
- świadczenia medyczne** – uzasadnione i konieczne z medycznego punktu widzenia świadczenia udzielane w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku – w zależności od postanowień umowy. Jako świadczenia medyczne, Ubezpieczyciel uznaje także świadczenia z zakresu medycyny pracy oraz badania profilaktyczne;
- świadczenia zdrowotne** – objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela usługi medyczne;
- wizyty domowe** – odwiedzin lekarza internisty, pediatry, lekarza rodzinnego, lub lekarza innej specjalności, w sytuacjach ostrych, które wykluczają wizytę osobistą Ubezpieczonego w placówce medycznej. Wizyty domowe świadczone są w zasięgu terytorialnym wybranych placówek medycznych. Za pośrednictwem infolinii Ubezpieczony uzyska informację o kryteriach, zasięgu terytorialnym, w obszarze którego Partner Medyczny świadczy usługi wizyt domowych we wskazanych sytuacjach;
- zakład opieki zdrowotnej** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium, medyczne laboratorium diagnostyczne.

§ 2

Wypadek ubezpieczeniowy

- W przypadku **kompleksowej opieki medycznej (pakiet kompleksowy)** Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego choroby lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest skorzystanie z pomocy medycznej w placówkach wskazanych przez Ubezpieczyciela jako „Placówki Partnera Medycznego”, z zastrzeżeniem ust. 4.
- W przypadku **multicentrycznej opieki medycznej (pakiet multikompleksowy)** Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku doznania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego choroby lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest skorzystanie z pomocy medycznej w placówkach „Partnera Medycznego” lub innych zgodnie z §3 ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Wybór pakietu ochrony (pakiet kompleksowy, pakiet multikompleksowy) dokonywany jest przez Ubezpieczającego z chwilą zawiązywania umowy ubezpieczenia i wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub polisie.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za wizyty i leczenie, których umówienie odbyło się za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer wskazany został przez Ubezpieczyciela na Karcie Medycznej Ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel wykonuje zobowiązania umożliwiające Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach „Placówek Partnera Medycznego” lub umożliwiając dostęp do świadczeń zdrowotnych w placówkach innych, niż wskazane jako „Placówki Partnera Medycznego”, zgodnie z zakresem oraz opcjami ochrony potwierdzonymi w dokumencie ubezpieczenia lub polisie.
- Poza przypadkami wskazanymi w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w związku:
 - z epidemią i/lub pandemią oficjalnie ogłoszoną,
 - z epilepsją i/lub dyskopatią,
 - z ciążą wysokiego ryzyka,
 - ze zmianą płci,
 - z dokonaniem przeszczepem któregośkolwiek z narządów, w przypadku, gdy Ubezpieczony był dawcą tego narządu,
 - z leczeniem bezpłodności, porodem, poronieniem samoistnym i sztucznym,
 - z operacją plastyczno-kosmetyczną, z wyjątkiem operacji ośpceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, w której nieszczęśliwy wypadek powstał w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za koszty środków medycznych i leków, poza przypadkami ratowania życia, oraz poza środkami medycznymi niezbędnymi do przeprowadzenia badań profilaktycznych i specjalistycznych, które to badania były ujęte w zakresie ubezpieczenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci choroby Ubezpieczonego lub nieszczęśliwego wypadku, którego konsekwencją jest konieczność podjęcia leczenia, Ubezpieczyciel umożliwi dostęp do świadczeń medycznych dokonywanych na rzecz Ubezpieczonego, w oparciu o placówki medyczne oraz zgodnie z zakresem ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia lub polisie jeśli świadczenia te powstały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za diagnostykę oraz badania, które zostały zlecone przez lekarza Placówki Partnera Medycznego lub lekarza placówki, do której Ubezpieczony został skierowany zgodnie z § 2 ust. 4.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za diagnostykę oraz badania, które nie były objęte zakresem ubezpieczenia.
- W ramach multicentrycznej opieki medycznej Ubezpieczony może zostać skierowany do dowolnego Zakładu Opieki Zdrowotnej lub osoby posiadającej aktualne prawo wykonywania zawodu medycznego w Polsce.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu dojdzie do zerwania łączy lub usterek uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego z numerami Infolinii Medycznej.

§ 4

Opcje ochrony

- Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu przysługuje prawo przystąpienia do jednej, dowolnie wybranej opcji ochrony, w ramach zakresu wskazanego w umowie ubezpieczenia.
- W każdą rocznicę polisy – z zastrzeżeniem ust. 3 – Ubezpieczony i Współubezpieczony ma prawo do zmiany opcji ochrony, pod warunkiem zgłoszenia Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego tego faktu na 30 dni przed rocznicą polisy.
- Zmiana opcji ochrony Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w trakcie roku polisowego możliwa jest wyłącznie, jeśli umowa zawarta została w zakresie kompleksowym oraz pod warunkiem zmiany z szerszej opcji ochrony na węższą, oraz pod warunkiem zgłoszenia tego faktu Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego najpóźniej do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego miesiąc wnioskowanej zmiany.

§ 5

Wersje

- Ubezpieczony lub Współubezpieczony mogą zostać objęci ochroną w następujących wersjach:
 - wersja indywidualna:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego, wskazując przy nazwie wersji składkę za jedną osobę, w umowie ubezpieczenia lub polisie.
 - wersja partnerska:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego i jednego Współubezpieczonego będącego współmałżonkiem, wskazując przy nazwie wersji składkę za dwie osoby, w umowie ubezpieczenia lub polisie.
 - wersja rodzinna:** dotyczy sytuacji, w której Ubezpieczyciel obejmuje ochroną Ubezpieczonego, jednego Współubezpieczonego będącego współmałżonkiem oraz dowolną liczbę dzieci Ubezpieczonego, wskazując przy nazwie wersji składkę za wszystkie te osoby w umowie ubezpieczenia lub polisie.

§ 6

Zawiadomienie

W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej klauzuli Ubezpieczony/ Współubezpieczony obowiązany jest:

- za pośrednictwem infolinii zgłosić się do wyznaczonej placówki, w celu uzyskania świadczenia medycznego,
- przedstawić kartę medyczną ubezpieczenia wraz z ważnym dowodem tożsamości (ze zdjęciem),
- zastosować się do zaleceń personelu medycznego,
- na żądanie Ubezpieczyciela przedstawić wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury, itp.),
- na żądanie Ubezpieczyciela, poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa Ubezpieczyciel,
- dostarczyć inne dokumenty zażądane przez Ubezpieczyciela, umożliwiające potwierdzenie odpowiedzialności.

KLAUZULE

§ 7

Wejście w życie

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

§ 8

Zatwierdzenie

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

§ 4

Wejście w życie

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

§ 5

Zatwierdzenie

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

KLAUZULA 44

PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Nota ogólna:

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

§ 1

Wypadek ubezpieczeniowy

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

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

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

§ 3

Zawiadomienie

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

ZAKRESY UBEZPIECZEŃ

ZAKRES UBEZPIECZENIA ŻYCIE CASCO

stosowany do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie ŻYCIE CASCO

Niniejsze postanowienia obowiązują wyłącznie w stosunku do tych osób, które zawarły umowę ubezpieczenia w ramach ŻYCIE CASCO w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia (polisie). (zakres potwierdza się w dokumencie ubezpieczenia lub polisie poprzez wpisanie kodu odpowiadającego wyborowi dokonaneemu przez Ubezpieczającego. Druk ten stanowi wówczas integralną część dokumentu ubezpieczenia)

PAKIET BAZOWY (nazwa pakietu)	Kod opcji ubezpieczenia					
	1	2	3	4	5	WI
Śmierć Ubezpieczonego (nazwa ryzyka)	Suma ubezpieczenia w zł (wybór SU)					
	6 000	12 000	25 000	50 000	100 000	wskazana w umowie ubezpieczenia
	A	B	C	D	E	
	Składka roczna w zł (wybór składki)					
	99	199	299	399	499	
PAKIET DODATKOWY SNW	Kod opcji ubezpieczenia					
	SNW1	SNW2	SNW3	SNW4		
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauszula 1)	Suma ubezpieczenia w zł					
	6 000	12 000	25 000	50 000		
PAKIET DODATKOWY INW (nazwa pakietu)	Kod opcji ubezpieczenia					
	INW1	INW2	INW3	INW4		
Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauszula 28)	Suma ubezpieczenia w zł					
	6 000	12 000	25 000	50 000		

Ubezpieczyciel gwarantuje stałą wysokość składki ubezpieczeniowej w stosunku do sumy ubezpieczenia przez okres równy okresowi zaznaczonej w dokumencie ubezpieczenia liczbie lat automatycznej kontynuacji. Gwarancja ta nie obejmuje woli indeksacji sumy ubezpieczenia dokonywanej przez Ubezpieczającego.

Kod opcji ubezpieczenia 1, 2, 3, 4, 5 oraz A, B, C, D, E dotyczy gwarancji ceny do 5 lat.

Kod opcji ubezpieczenia WI dotyczy gwarancji ceny powyżej 5 lat.

Kod opcji ubezpieczenia SNW1, SNW2, SNW3, SNW4 oraz INW1, INW2, INW3, INW4 dotyczy gwarancji ceny zgodnej z gwarancją ceny z pakietu bazowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA ZODIAK

stosowany do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie w ramach oferty ZODIAK

Niniejsze postanowienia obowiązują wyłącznie w stosunku do tych osób, które zawarły umowę ubezpieczenia w ramach oferty ZODIAK w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia (polisie). (zakres potwierdza się w dokumencie ubezpieczenia lub polisie poprzez wpisanie kodu odpowiadającego wyborowi dokonaneemu przez Ubezpieczającego. Druk ten stanowi wówczas integralną część dokumentu ubezpieczenia)

PAKIET BAZOWY (nazwa pakietu)	Kod opcji ubezpieczenia							
	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
	Suma ubezpieczenia (w zł)							
Śmierć Ubezpieczonego	10 000	10 000	10 000	10 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauszula 1)	10 000	5 000	5 000	5 000	20 000	15 000	15 000	15 000
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym (klauszula 2)	20 000	10 000	11 000	10 000	30 000	20 000	22 000	20 000
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (klauszula 5)	5 000	5000	7 000	5 000	10 000	10 000	12 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauszula 12)	18 000	15 000	16 000	15 000	25 000	20 000	23 000	20 000
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (wariant pełny, klauszula 24)	3 000	4 500	3 500	4 500	5 000	6 500	5 500	6 500
Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego (klauszula 25)	2 500	3 500	2 500	2 500	3 000	4 500	3 000	3 000
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (wariant standardowy, klauszula 19)	8 000	4 000	5 000	6 000	10 000	6 000	7 500	8 000
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby (wariant standardowy, klauszula 20)	4 000	2 500	3 000	3 000	5 500	4 000	4 500	4 500
Śmierć Dziecka Ubezpieczonego (klauszula 6)	1 500	3 000	2 000	1 500	2 000	4 000	3 000	2 000
Śmierć Dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauszula 7)	3 000	5 000	3 000	2 500	4 000	6 000	5 000	3 500
Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego (klauszula 11)	1 000	2 000	2 000	1 500	2 000	3 000	3 000	2 500
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu (klauszula 33)	650	600	750	900	850	800	950	1100
Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu (klauszula 34)	1 500	1 500	1 500	2 000	2 500	2 500	2 500	2 500
Śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego (klauszula 10)	900	1100	1 050	1 400	1 100	1 300	1 200	1 500
Pomoc medyczna w nagłych przypadkach (wariant standardowy, klauszula 40)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak

ZAKRESY UBEZPIECZEŃ

ZAKRES UBEZPIECZENIA ŻYCIE PLUS

stosowany do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie w ramach oferty ŻYCIE PLUS

Niniejsze postanowienia obowiązują wyłącznie w stosunku do tych osób, które zawarły umowę ubezpieczenia w ramach oferty ŻYCIE PLUS w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia (polisie). (zakres potwierdza się w dokumencie ubezpieczenia lub polisie poprzez wpisanie kodu odpowiadającego wyborowi dokonанemu przez Ubezpieczającego. Druk ten stanowi wówczas integralną część dokumentu ubezpieczenia)

PAKIET BAZOWY (nazwa pakietu)	Kod opcji ubezpieczenia			
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 1)	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym (klauzula 2)	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (klauzula 5)	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 12)	20 000 zł	30 000 zł	35 000 zł	40 000 zł
Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia (klauzula 38)	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł	40 000 zł
Lekarz na telefon (klauzula 41) (Centrum Assistance: tel. 61-666-17-77)	TAK	TAK	TAK	TAK

PAKIET ZDROWIE +	Z1	Z2
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (wariant pełny) (klauzula 24)	3 000 zł	5 000 zł
Pokrycie kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 36)	2 000 zł	4 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (wariant pełny – szpital, OIOM, rehabilitacja, sanatorium) (klauzula 19)	7 000 zł	10 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby (wariant pełny – szpital, OIOM, rehabilitacja, sanatorium) (klauzula 20)	3 500 zł	5 000 zł

PAKIET RODZINA +	R1	R2
Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego (klauzula 8)	5 000 zł	10 000 zł
Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 9)	5 000 zł	10 000 zł
Śmierć dziecka Ubezpieczonego (klauzula 6)	3 000 zł	5 000 zł
Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (klauzula 7)	3 000 zł	5 000 zł
Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego (klauzula 11)	2 000 zł	4 000 zł
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu (klauzula 33)	850 zł	1 000 zł
Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu (klauzula 34)	2 000 zł	3 000 zł
Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną (klauzula 35)	2 500 zł	4 500 zł
Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (klauzula 39)	15 000 zł	30 000 zł
Śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego (klauzula 10)	1 600 zł	2 000 zł





