

**OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
OCHRONA +**

OWU/TMR4/1/2011

OCHRONA+ W SKRÓCIE

DLACZEGO WARTO MIEĆ OCHRONĘ+

- Ponieważ jest to proste i niedrogi ubezpieczenie, które zapewnia ochronę Twojego życia i zdrowia.
- Kupując ubezpieczenie - sam ustalasz kwotę, którą wypłacimy z polisy jeśli coś Ci się stanie.
- Dzięki ubezpieczeniu możesz zabezpieczyć spłatę np. kredytu hipotecznego lub innych zobowiązań finansowych.
- Nasze ubezpieczenie zapewnia ochronę na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz czasowej całkowitej niezdolności do pracy.
- Jeszcze większe bezpieczeństwo zapewni Ci m. in. dodatkowa ochrona w razie poważnego zachorowania, śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu lub operacji.

JAK DZIAŁA TO UBEZPIECZENIE?

Ubezpieczenie Ochrona+ działa podobnie jak auto-casco. W razie Twojej śmierci, całkowitego inwalidztwa lub innych ubezpieczonych zdarzeń wypłacimy określoną sumę pieniędzy – Tobie lub osobom, które wskażesz w polisie. Ubezpieczenie nie buduje jednak żadnego kapitału, a więc nie odkładasz nic ze swoich składek.

JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE?

Ubezpieczenie zawierane jest na określony czas – od 5 do 30 lat, w zależności od Twoich potrzeb.

CZY MOŻNA ZREZYGNOWAĆ Z UBEZPIECZENIA?

Tak. Niezależnie od powodów możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia otrzymania polisy, zaś jeśli jesteś przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni. Odstępując od umowy otrzymasz zwrot wpłaconej składki. Po tym czasie, w każdym momencie trwania umowy możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Wymaga to pisemnego wypowiedzenia umowy. Umowa zostanie rozwiązana w terminie wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU).

CZY SKŁADKA MOŻE SIĘ ZWIĘKSZYĆ?

Tak, ale wyłącznie w sytuacji, kiedy sam podwyżysz sumę ubezpieczenia lub gdy skorzystasz z propozycji indeksacji składki i sumy ubezpieczenia. Propozycja taka przesyłana jest zwykle raz w roku - w korespondencji dotyczącej Twojej polisy.

CO SIĘ STANIE, GDY PRZESTANĘ OPŁACAĆ SKŁADKI?

Najpierw otrzymasz wezwanie do zapłaty, potem umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu:

- po upływie 60 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita wygaśnie ochrona ubezpieczeniowa.
- Po kolejnych 30 dniach (czyli po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita) umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu

CZY MOŻNA ZAWIESIĆ OPŁACANIE SKŁADEK?

Nie.

CZY DOSTANĘ ZWROT SKŁADEK, KTÓRE ZAPŁACIŁEM JEŚLI NIC MI SIĘ NIE STANIE?

Nie. Składki w całości przeznaczone są na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej oraz funkcjonowania umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia „Ochrona +” nie buduje kapitału na przyszłość. Wypłata z polisy następuje wyłącznie w razie śmierci lub innego zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

CO TO JEST SUMA UBEZPIECZENIA?

Suma ubezpieczenia to pieniądze wypłacane w przypadku Twojej śmierci oraz w przypadku zajścia innych sytuacji objętych ubezpieczeniem. Suma ubezpieczenia jest tzw. świadczeniem.

W przypadku rozszerzenia ochrony o umowy dodatkowe – suma ubezpieczenia to pieniądze wypłacane w razie wystąpienia zdarzeń objętych dodatkową ochroną (takich jak np. diagnoza nowotworu złośliwego lub operacja, która była objęta ubezpieczeniem).

CZY MOŻNA ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA?

Tak, na Twój wniosek, raz do roku, suma ubezpieczenia może zostać podwyższona lub obniżona. Może również zostać podwyższona w wyniku zaproponowanej przez ING Życie indeksacji składki i sumy ubezpieczenia, którą możesz zaakceptować lub odrzucić. Zmiana sumy ubezpieczenia nie jest możliwa, jeśli Ubezpieczony ukończył 65 lat, oraz gdy Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek całkowitych.

NA CZYM POLEGA INDEKSACJA SKŁADKI?

Indeksacja składki to propozycja podwyższenia składki i sumy ubezpieczenia o min. 3%. Chcemy mieć pewność, że wybrana przez Ciebie suma ubezpieczenia będzie odpowiadać Twoim potrzebom za 5 czy 20 lat, bez względu na zmieniającą się wartość pieniądza w czasie. To bardzo ważne z punktu widzenia zachowania realnej wartości Twojej polisy. Jeśli będziesz chciał skorzystać z indeksacji, wystarczy że wpłacisz nową, proponowaną przez nas składkę. Jeśli jednak będziesz chciał z niej zrezygnować – zadzwoń do nas pod numer 801 20 30 40. Możesz również wysłać oświadczenie o rezygnacji z indeksacji. Oświadczenie takie powinno wpłynąć do nas najpóźniej na 15 dni przed tzw. rocznicą polisy.

ILE PIENIĘDZY WYPŁACI ING ŻYCIE, JEŻELI COŚ MI SIĘ STANIE?

Jeżeli zdarzenie, które Ciebie dotknie jest objęte ubezpieczeniem, ING Życie wypłaci sumę ubezpieczenia albo jej część, w zależności od tego jakie ubezpieczenie wybrałeś, np.:

- W przypadku umowy głównej w razie śmierci lub trwałego inwalidztwa całkowitego - wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia,
- jeżeli wybrałeś umowę dodatkową dotyczącą operacji lub pobytu w szpitalu, wypłacimy Ci kwotę, której wysokość będzie zależała od ilości dni, które spędziłeś w szpitalu lub jaką przeszedłeś operację.
- jeżeli wybrałeś umowę dodatkową dotyczącą poważnego zachorowania - wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia (za wyjątkiem „angioplastyki naczyń wieńcowych” kiedy wypłacimy 50% sumy ubezpieczenia).

KTO OTRZYMA PIENIĄDZE Z POLISY W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI?

W razie Twojej śmierci pieniądze z ubezpieczenia zostaną wypłacone wskazanej przez Ciebie osobie lub osobom - np. żonie, mężowi, dzieciom, rodzicom, innej wskazanej osobie, bankowi (w przypadku, gdy bank został wyznaczony jako uposażony), itd. W każdym momencie możesz wyznaczyć inne osoby, które będą uprawnione do otrzymania całości lub części świadczenia z polisy.

CZY WYPŁATA Z POLISY JEST OPODATKOWANA?

Nie. Wypłata z polisy „Ochrona +” jest wolna od podatku dochodowego od osób fizycznych.

JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE ŻEBY DOSTAĆ PIENIĄDZE Z UBEZPIECZENIA?

W zależności od tego, co się stało, zanim wypłacimy pieniądze możemy potrzebować różnych dokumentów. Najczęściej będą to dokumenty dotyczące okoliczności wypadku, pobytu w szpitalu, wyniki badań oraz dokument potwierdzający tożsamość. Wszelkich niezbędnych informacji dowiesz się dzwoniąc do nas pod numer 801 20 30 40.

KIEDY ING NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI I NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest praktycznie niemożliwe i byłoby bardzo drogie.

Z tego powodu ubezpieczenie nie obejmuje niektórych sytuacji. Należą do nich sytuacje o charakterze masowym lub nadzwyczajnym jak np. wojna. Są też sytuacje, które objęte ubezpieczeniem przenosiłyby konsekwencje ryzykownych decyzji innych osób na pozostałych ubezpieczonych, co skutkowałoby wyższymi składkami za ubezpieczenie. Dlatego ubezpieczenie nie obejmuje np. śmierci spowodowanej czynnym udziałem w zamieszkach lub trwałego inwalidztwa całkowitego, które zaszło w następstwie świadomego pozostawiania pod wpływem alkoholu. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z pełną listą wyłączeń wymienionych w OWU.

JAKĄ KORESPONDENCJĘ BĘDĘ OTRZYMYWAĆ OD ING ŻYCIE?

Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz w związku z ubezpieczeniem będzie polisa. Znajdziesz w niej informacje, kto jest objęty ubezpieczeniem i w jakim zakresie. Sprawdź dokładnie wszystkie zapisane tam informacje, takie jak dane osobowe, sumy ubezpieczenia, czy umowy dodatkowe. Co roku otrzymasz list rocznicowy zawierający aktualne informacje o Twojej polisie oraz propozycję indeksacji składki i sumy ubezpieczenia.

JAK SIĘ Z WAMI KONTAKTOWAĆ?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40,
z telefonu komórkowego: 22 522 71 24,
e-mail: info@ingcentrala.pl,

Prosimy abyś na bieżąco aktualizował swój numer telefonu komórkowego i adres e-mail. To ważne, bo dzięki temu będziemy mogli szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące umowy, gdy zajdzie taka potrzeba.

PYTANIA DOTYCZĄCE UMÓW DODATKOWYCH

Poniższe pytania dotyczą umów dodatkowych, które mogą, ale nie muszą rozszerzać zakresu Twojego ubezpieczenia. Aby sprawdzić, czy Twoje ubezpieczenie zawiera dodatkową ochronę na wypadek poniższych zdarzeń, zajrzyj do polisy.

CO TO JEST UMOWA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI?

Celem tego dodatkowego ubezpieczenia jest wypłata określonej kwoty w sytuacji, jeśli spędzisz w szpitalu nieprzerwanie minimum 4 dni lub jeśli poddasz się operacji objętej ubezpieczeniem. Pamiętaj, że pieniądze z polisy nie stanowią zwrotu kosztów leczenia. Nie wiążemy wypłacanych świadczeń z określonymi wydatkami na leczenie czy utratą dochodów.

Wypłacana jest kwota określona w warunkach umowy niezależnie od tego czy rzeczywiste konsekwencje finansowe leczenia są wyższe czy niższe. Poprzez powiązanie liczby dni pobytu w szpitalu z wysokością świadczenia może być ono jednak traktowane jako rekompensata Twoich utraconych dochodów w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia i koniecznością pobytu w szpitalu.

CO TO JEST UMOWA DODATKOWA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA?

Celem tego dodatkowego ubezpieczenia jest wypłata określonej kwoty jeśli ciężko zachorujesz. Dzięki pieniądзом z ubezpieczenia będziesz mógł zapewnić sobie np. dodatkowe leczenie, zakupić droższe leki, zapłacić za wizyty u lekarzy specjalistów, itd. Choroby, na które klienci często zwracają uwagę, a które są objęte ubezpieczeniem to m.in. nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, operacja by-passów. Pełna lista chorób i zabiegów objętych ubezpieczeniem znajduje się w OWU. Pamiętaj, że w przypadku innych chorób, które nie są objęte ubezpieczeniem i nie zostały wskazane w OWU – świadczenie z polisy nie zostanie wypłacone. Stanie się tak np. w przypadku zachorowania na łagodny nowotwór skóry, który nie jest nowotworem złośliwym i nie jest objęty ubezpieczeniem.

CO TO JEST UMOWA DODATKOWA NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU?

Celem tego ubezpieczenia jest wypłata dodatkowej kwoty w razie śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oprócz sumy ubezpieczenia z umowy głównej. Świadczenie będzie zatem podwójne (chyba, że suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku była ograniczona limitem, o którym zostałeś poinformowany w momencie zakupu ubezpieczenia). Zwróć uwagę na definicję nieszczęśliwego wypadku, którą znajdziesz na początku OWU. Pamiętaj, że jest to sytuacja nagła, niezależna od Twojej woli i wywołana przyczyną zewnętrzną (nie jest nią więc np. choroba), która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia.

Dla uproszczenia wyjaśnień przyjęliśmy założenie, że właściciel polisy (czyli osoba, która opłaca składki za ubezpieczenie) jest jednocześnie osobą ubezpieczoną. Powyższe informacje są wyłącznie ogólnymi informacjami o umowie ubezpieczenia i nie stanowią zobowiązania Towarzystwa.

OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OCHRONA + NR OWU/TMR4/1/2011

Komentarze w ramach – czemu służą i jaki mają charakter?

Tekst ogólnych warunków ubezpieczenia jest dokumentem o charakterze prawnym. Z tego powodu może być trudny w odbiorze. Mamy nadzieję, że poprzez komentarze w ramach ułatwimy jego zrozumienie. Nie są one częścią umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru wiążącego. Posłużyliśmy się w nich mniej formalnym językiem oraz podaliśmy przykłady objaśniające konsekwencje poszczególnych zapisów. Nie objaśnialiśmy każdego artykułu – wybraliśmy kluczowe fragmenty dla zrozumienia tego ubezpieczenia.

Dodatkowe informacje dotyczące umowy Ochrona + znajdują się w:
- pytaniach i odpowiedziach.

To nie wszystko – obsługując Ciebie Przedstawiciel oraz pracownicy Centrum Obsługi Telefonicznej odpowiedzą na Twoje pytania.

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy głównej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: TMR4 i są jej integralną częścią.

Ogólne warunki ubezpieczenia, inaczej OWU – jakie mają dla Ciebie znaczenie?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stanowią ważny element umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Tobą a Ubezpieczycielem. W tym dokumencie znajdziesz istotne informacje dotyczące umowy Ochrona +.

ART. 1 DEFINICJE

Definicje – czemu służą i dlaczego warto się z nimi zapoznać?

Niektóre słowa użyte w dokumencie mają ściśle określone znaczenie. Ich potoczne rozumienie może być inne. W niektórych przypadkach zdefiniowanie określonego terminu wpływa na zakres świadczeń, dlatego też tak ważne jest zapoznanie się ze wszystkimi definicjami.

W Ogólnych warunkach terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TMR4/1/2011 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy głównej, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
2. **„Ubezpieczający”** – osoba, która zawarła umowę główną z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem umowy głównej.
4. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
5. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
6. **„Umowa dodatkowa”** – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
7. **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa główna łącznie z umowami dodatkowymi.
8. **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
9. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej.
10. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
12. **„Wiek Ubezpieczonego”** – wiek obliczany w każdą rocznicę polisy zgodnie z następującą formułą: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od ww. dnia.
13. **„Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
14. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota równa wysokości świadczenia wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
15. **„Składka za Umowę główną”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy głównej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, stanowiąca sumę składek wymienionych w Dokumencie ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym świadczeniom w ramach Umowy głównej.
16. **„Składka całkowita”** – suma składki za Umowę główną i składek za umowy dodatkowe, po uwzględnieniu rabatu za częstotliwość opłacania składki całkowitej, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. Składkę całkowitą wpłaca się na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
17. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną

zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby.

18. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
19. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
20. **„Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem”** – uszczerbek na zdrowiu poniesiony przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powodujący całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy.
W przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku ukończyli 60 rok życia za Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem uznaje się również następujące uszczerbki na zdrowiu spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem: utratę słuchu, utratę wzroku w jednym oku, utratę kończyny.
21. **„Trwałe inwalidztwo całkowite”** – uszczerbek na zdrowiu spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, będący przyczyną jednoczesnego wystąpienia: całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.
22. **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – stwierdzona przez Lekarza nieodwracalna niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie. Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także utratę wzroku w obu oczach lub utratę co najmniej dwóch kończyn, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
23. **„Utrata wzroku w obu oczach”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
24. **„Utrata wzroku w jednym oku”** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
25. **„Utrata słuchu”** – całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
26. **„Utrata kończyny”** – fizyczna utrata którejkolwiek kończyny (przynajmniej dłoni lub stopy) albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w którejkolwiek kończynie.
27. **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki limitów, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych, w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
28. **„Przedstawiciel Ubezpieczeniowo-Finansowy”** – osoba wykonująca czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela (dalej: Przedstawiciel).

ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określiliśmy, jaki jest zakres ubezpieczenia oraz w jakich sytuacjach Ubezpieczyciel wypłaci pieniądze (świadczenie). Firmy ubezpieczeniowe zawsze precyzyjnie określają, za jakie zdarzenia wypłacają świadczenia.

Zakres głównej umowy ubezpieczenia obejmuje kilka zdarzeń. Zwracamy uwagę, że w razie śmierci albo trwałego inwalidztwa całkowitego, wypłacimy wyłącznie jedno świadczenie - za zdarzenie, które wystąpi jako pierwsze.

Polecamy też uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 13-16. Warto też zapoznać się z art. 17, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego w czasie trwania Umowy głównej,
 - b) Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego,
 - c) Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, z uwzględnieniem postanowień ust. 3.
Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w pkt b i c jest tylko takie Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego i Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, które zostało stwierdzone przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego albo świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego, w zależności od tego, które z tych zdarzeń ubezpieczeniowych zajdzie pierwsze. Wypłata świadczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem nie wyklucza późniejszej wypłaty świadczenia z tytułu innego zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa:
 - a) w ust. 2 pkt a uznaje się dzień Śmierci Ubezpieczonego;
 - b) w ust. 2 pkt b uznaje się ostatni dzień 24-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli po upływie pierwszych 6 miesięcy ww. okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i zdolności do samodzielnej egzystencji, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;

- c) w ust 2 pkt c uznaje się ostatni dzień 6-miesięcznego okresu nieprzerwanej, całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej pod warunkiem, że ww okres rozpoczął się nie później niż przed upływem 90 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Jeżeli przed końcem ww. 6-miesięcznego okresu Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy;
- d) w ust 2 pkt c – w przypadku Ubezpieczonych, którzy ukończyli 60 rok życia dodatkowo: dzień wystąpienia utraty słuchu, utraty wzroku w jednym oku lub utraty kończyny.

ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej składki całkowitej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego oraz Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy głównej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy głównej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
6. Przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej umowy ubezpieczenia na życie.

ART. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY GŁÓWNEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia Umowy głównej niezbędne jest:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, dokonane poprzez wypełnienie ankiety medycznej stanowiącej integralną część wniosku o ubezpieczenie;
 - b) zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie;
 - c) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki całkowitej.
3. Przed zawarciem umowy głównej Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do:
 - a) udostępnienia dodatkowych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia;
 - b) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. Przed zawarciem Umowy głównej Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy głównej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.

ART. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO

Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 70 lat.

ART. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ

1. Umowa główna może zostać zawarta na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa główna nie może trwać dłużej niż 30 lat oraz nie może kończyć się później, niż w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.

ART. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć Uposażonych oraz ich procentowy udział w świadczeniu.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania Umowy głównej wskazać innego Uposażonego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

ART. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

ART. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielania, przed zawarciem Umowy głównej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie a doręczeniem Ubezpieczającemu polisy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.

5. Jeżeli pomiędzy złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia a doręczeniem Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego dokonanie tego podwyższenia zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed doręczeniem ww. dokumentu ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela, dotyczących:
 - a) zmiany warunków umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy,
 - b) zmiany wysokości świadczeń, przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania tej umowy,
 - c) zmiany Sumy ubezpieczenia.
8. Informacje, o których mowa w ust. 7 powinny być przekazane Ubezpieczonemu pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 7 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela - w przypadku informacji, o których mowa w ust. 7 pkt b i c.
9. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, zgodnie z ust. 7 i 8 Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpiezonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
10. Wprowadzenie na wniosek Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, zmiany Umowy głównej na niekorzyść Ubezpiezonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpiezonego, wymaga przedstawienia Ubezpieczycielowi pisemnej zgody Ubezpiezonego.

ART. 10 SKŁADKA ZA UMOWĘ GŁÓWNA. WYSOKOŚĆ, OPŁACANIE I ZWROT SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka za Umowę główną jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpiezonego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, czasu trwania Umowy głównej, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy głównej. Minimalna wysokość składki za Umowę główną wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Składka całkowita podlega rabatowi za częstotliwość opłacania tej składki, zgodnie z limitami wskazanymi w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności) począwszy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Za dzień opłacenia składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następujący po dniu, w którym bank albo urząd pocztowy, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
5. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
6. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.
7. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie;
 - b) kwartalnie;
 - c) półrocznie;
 - d) rocznie.
8. Ubezpieczający może w czasie trwania Umowy głównej zmienić częstotliwość opłacania składki całkowitej.
9. Termin dokonania zmiany częstotliwości opłacania składki całkowitej zależy od obowiązującej oraz nowo wybranej częstotliwości opłacania tej składki.
10. Zmiana częstotliwości opłacania składki całkowitej nie jest możliwa w okresie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
11. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu składki całkowitej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ART. 11 ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może podwyższyć lub obniżyć Sumę ubezpieczenia.
2. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje w rocznicę polisy za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i dostarczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed tą rocznicą.
3. Zmiana Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat.
4. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpiezonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych, i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej Sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Zmiana Sumy ubezpieczenia powoduje zmianę odpowiednio wysokości świadczeń należnych z tytułu Umowy głównej, składki za Umowę główną, jak również powoduje zmianę Sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej z zachowaniem limitów wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat i składki za Umowę dodatkową, o ile ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
7. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia opłacenia składki całkowitej w nowej wysokości.
8. Zmiana Sumy ubezpieczenia nie jest możliwa, jeśli Ubezpieczony ukończył 65 lat.
9. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie jest możliwe w czasie przejścia opłacania składek całkowitych przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie zmiany dokumentem ubezpieczenia, w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.

11. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.

ART. 12 INDEKSACJA SKŁADKI ZA UMOWĘ GŁÓWNA

1. Indeksacja jest to podwyższenie składki za Umowę główną w rocznicę polisy zgodnie z procentowym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny za okres 12 miesięcy (dalej: wskaźnik indeksacji), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli wskaźnik wzrostu cen towarów i usług opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny jest mniejszy niż 3%, to wskaźnik indeksacji jest równy 3%.
3. Ubezpieczyciel stosuje wskaźnik indeksacji ustalony na zasadach wskazanych w ust. 1 i 2, opublikowany nie później niż na 6 miesięcy przed rocznicą polisy.
4. W wyniku indeksacji składki za umowę główną wzrasta Suma ubezpieczenia, bez konieczności akceptacji dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego. Kwota, o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia, jest obliczana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego w dniu indeksacji, okresu, jaki pozostał od tego dnia do zakończenia czasu trwania Umowy głównej, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz szczególnych warunków zawarcia Umowy głównej.
5. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji składki za Umowę główną i Sumy ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
6. Indeksacja nie jest dokonywana:
 - a) w okresie przejścia przez Ubezpieczyciela opłacania składek całkowitych;
 - b) gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 dni przed rocznicą polisy;
 - c) w ostatnich latach trwania Umowy głównej - w zależności od okresu, na jaki została zawarta ta umowa, zgodnie z poniższą tabelą:

Czas trwania umowy głównej	Ostatnie rocznice polisy, gdy indeksacja może zostać dokonana
Od 6 do 9 lat	4., licząc od początku czasu trwania umowy
10 lat i więcej	6., licząc od końca czasu trwania umowy

7. Jeśli umowa główna została zawarta na 5 lat, składka za umowę główną może być indeksowana w każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 6a i b.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o rezygnacji z indeksacji w terminie, o którym mowa w ust. 6 pkt b, strony ustalają, że oznacza to wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na indeksację.

ART. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Z chwilą Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu Śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobom wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako Uposażeni, zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku określenia udziałów procentowych Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia Uposażonym w równych częściach. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili Śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
5. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:
 - a) małżonek;
 - b) dzieci;
 - c) wnuki;
 - d) rodzice;
 - e) rodzeństwo;
 - f) dzieci rodzeństwa.
6. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa - „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
7. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 5 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

ART. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA CAŁKOWITEGO

Czym jest trwałe inwalidztwo całkowite?

Trwałe inwalidztwo całkowite to uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, w wyniku którego stałby się całkowicie, trwale i nieodwracalnie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji.

Zwracamy uwagę, że wypłata świadczenia z tego tytułu następuje dopiero po upływie okresu 2 lat nieprzerwanej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach (kiedy nie ma nadziei na poprawę zdrowia) wypłata może nastąpić wcześniej.

1. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że okres nieprzerwanej, całkowitej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz nieprzerwanej Niezdolności do samodzielnej egzystencji rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy głównej, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.

ART. 15 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU INWALIDZTWA SPowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem

Czym jest inwalidztwo spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem?

W tym przypadku mówimy wyłącznie o uszczerbku na zdrowiu, który powstał wskutek nieszczęśliwego wypadku (np. poważne złamanie kości wymagające miesięcy leczenia i rehabilitacji), w wyniku którego nie mógłbyś wykonywać jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 6 miesięcy. W tej sytuacji przejmujemy za Ciebie opłacanie składek za ubezpieczenie. W wyjątkowych okolicznościach, jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu nie rokuszesz odzyskania zdolności do pracy, przejście opłacania składek może nastąpić wcześniej.

Okres, w ciągu, którego będziemy za Ciebie opłacać składki zależy od opinii konsultanta medycznego Ubezpieczyciela, który na podstawie dokumentacji dotyczącej Twojego stanu zdrowia ustali jak długo może trwać niezdolność do pracy. Jeśli po wcześniej ustalonym okresie niezdolności do pracy, w dalszym ciągu nie mógłbyś pracować i dostarczysz nam dokumenty potwierdzające Twoją niezdolność do pracy to dalej będziemy opłacać za Ciebie składki aż do czasu, kiedy Twój stan zdrowia umożliwi Ci podjęcie pracy.

1. Ubezpieczyciel spełni świadczenie z tytułu Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem poprzez przejście opłacania składek całkowitych na czas określony, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
2. Jeśli Ubezpieczony złoży wniosek o przejście opłacania składek po upływie 6 miesięcy całkowitej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej, to Ubezpieczyciel:
 - a) przejmie opłacanie składek od najbliższego terminu płatności następującego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. po zakończeniu tego 6-miesięcznego okresu,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za ten 6-miesięczny okres.
3. Jeżeli przed końcem 6-miesięcznego okresu wskazanego w art. 2 ust. 4 pkt c Ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej i złoży wniosek o przejście opłacania składek, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może uznać dzień wcześniejszy, niż ostatni dzień tego 6-miesięcznego okresu. W takim wypadku Ubezpieczyciel:
 - a) przejmie opłacanie składek całkowitych począwszy od terminu płatności przypadającego bezpośrednio po ustalonym w ten sposób wcześniejszym dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zwróci Ubezpieczającemu składkę całkowitą lub jej wielokrotność opłaconą za część wyżej wskazanego 6-miesięcznego okresu przypadającą przed tak ustalonym wcześniejszym dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku utraty wzroku w jednym oku, utraty słuchu lub utraty kończyny przez Ubezpieczonego, który ukończył 60. rok życia, Ubezpieczyciel przejmie opłacanie składek od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 4 pkt d do końca trwania umowy głównej, jednak nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
5. Zwrot składki całkowitej lub jej wielokrotności następuje w terminie, o którym mowa w art. 16 ust. 5.

ART. 16 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

Co zrobić w przypadku zajścia zdarzenia?

Poniżej opisaliśmy, co należy zrobić oraz jakie dokumenty przedstawić, aby wypłata świadczenia mogła nastąpić jak najszybciej.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
 - b) dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę Śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty - na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami medycznymi potwierdzającymi zajście Trwałego inwalidztwa całkowitego (tj. kartą informacyjną leczenia szpitalnego, zaświadczeniami lekarskimi, dokumentacją leczenia ambulatoryjnego, wynikami badań),
 - c) notatką urzędową z Policji lub innym urzędowym dokumentem potwierdzającym zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy oraz Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych;

- e) innymi dokumentami, w tym dokumentami medycznymi możliwymi do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia - na wniosek Ubezpieczyciela.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych konieczne jest dostarczenie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - notatki urzędowej z Policji lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
 - dokumentów medycznych potwierdzających wystąpienie Inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (tj. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczeń lekarskich, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań),
 - zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w ciągu 6 miesięcy poprzedzających dzień zajścia zdarzenia,
 - decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia - na wniosek Ubezpieczyciela.
5. Rozpatrzenie wniosku o przejęcie opłacania składek całkowitych nastąpi w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci albo Trwałego inwalidztwa całkowitego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy spełnienia świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia (w przypadku Śmierci) albo Ubezpieczony (w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego albo Inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem) może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

ART. 17 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest prawie niemożliwe i byłoby bardzo drogie. Z tego powodu ubezpieczenie nie obejmuje niektórych sytuacji. Należą do nich sytuacje o charakterze masowym lub nadzwyczajnym jak np. wojna lub akty terroryzmu.

Są też sytuacje, które objęte ubezpieczeniem przenosiłyby konsekwencje ryzykownych decyzji innych osób na pozostałych ubezpieczonych, co skutkowałoby wyższymi składkami za ubezpieczenie. Dlatego ubezpieczenie nie obejmuje np. śmierci spowodowanej czynnym i dobrowolnym udziałem w zamieszkach lub trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego spowodowanego świadomym pozostawianiem pod wpływem alkoholu. Zachęcamy do uważnego zapoznania się z pełną listą wyłączeń wymienionych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego, Trwałe inwalidztwo całkowite lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostały spowodowane lub zaszły w następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego;
 - aktów terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
 - samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
- Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwałe inwalidztwo całkowite Ubezpieczonego lub Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - świadomego pozostawiania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki całkowitej w terminie 60 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

ART. 18 Odstąpienie od umowy głównej

- Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy głównej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania polisy (zawarcia Umowy głównej).
- W terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego odstąpienia od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę całkowitą.

ART. 19 Rozwiązanie umowy głównej

- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę główną. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
- Umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita.

ART. 20 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Umowa główna wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu pierwszego ze zdarzeń ubezpieczeniowych: Śmierci Ubezpieczonego albo Trwałego inwalidztwa całkowitego Ubezpieczonego.
2. Umowa główna wygasa z dniem Śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
3. Umowa główna wygasa z upływem czasu, na jaki została zawarta.

ART. 21 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub beczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 23) lub osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.
6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 16 ust. 7.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 28 ust. 2.

ART. 22 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy głównej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń wskazanych w Warunkach.

ART. 23 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (korespondencja), za wyjątkiem przekazanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej do rąk Przedstawiciela, który podpisem potwierdza datę odbioru powyższych dokumentów, lub przesyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 21. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.
4. O ile poszczególne postanowienia Warunków lub ogólnych warunków ubezpieczenia umowy dodatkowej nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

ART. 24 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli dokument ubezpieczenia został zgubiony lub zniszczony, Ubezpieczający obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym zdarzeniu Ubezpieczyciela.
2. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał dokumentu ubezpieczenia staje się nieważny.

ART. 25 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wysokość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

ART. 26 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

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

ART. 27 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT

1. Tabela limitów i opłat może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej;
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny;
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:
 - a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy;
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny), waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy;
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy głównej.

ART. 28 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa główna zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ART. 29 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 11/2011 z dnia 24 marca 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ADR4)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: ADR4 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

Definicja nieszczęśliwego wypadku

Zwróć szczególną uwagę na definicję nieszczęśliwego wypadku, którego potoczne rozumienie jest często inne od definicji zawartej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pamiętaj, że jest to sytuacja nagła, niezależna od Twojej woli i wywołana przyczyną zewnętrzną (nie jest nią więc np. choroba), która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci.

W Ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej ADR4 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
2. **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oznaczona kodem ADR4.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z umowy głównej.
5. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek nie uważa się choroby.
6. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
7. **„Składka za umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania tej umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia tego wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej uwzględniającej składkę za Umowę dodatkową.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania albo wygaśnięcia umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy w danym przypadku jest ona wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania (dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i za zgodą Ubezpieczyciela, po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także za zgodą Ubezpieczonego.
3. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej wniosek należy złożyć nie później niż na 30 dni przed kolejnym terminem płatności składki całkowitej.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
6. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
7. Dokupienie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 66 lat.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na okres nie krótszy niż 5 lat.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres do zakończenia Umowy głównej, z zastrzeżeniem art. 11 ust. 3.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w art. 9 Warunków.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zadane we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.

Art. 8 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Składka za Umowę dodatkową podlega indeksacji w związku z indeksacją składki za Umowę główną. Indeksacja składki za Umowę główną podwyższa Sumę ubezpieczenia Umowy głównej, a przez to podwyższa sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej i w związku z tym składkę za Umowę dodatkową.
4. Składka za Umowę dodatkową ulega podwyższeniu lub obniżeniu, z zachowaniem zasad wskazanych w art. 4, w przypadku, odpowiednio: podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia Umowy głównej na wniosek Ubezpieczającego.
Podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia Umowy głównej powoduje zmianę składki za Umowę główną oraz zmianę Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, a przez to składki za Umowę dodatkową.
5. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który nastąpił w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek nastąpił w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek tego wypadku nastąpiła po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy dodatkowej. W tym przypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej.
3. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w art. 17 ust 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej oraz świadomego pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci składki całkowitej w terminie 30 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i Nieszczęśliwy Wypadek w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 11 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcia umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o jej wypowiedzeniu.
3. Umowa dodatkowa wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 lat.
4. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.

Art. 12 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 13 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 99/2010 z dnia 16 czerwca 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 28 czerwca 2010.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIR5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: CIR5 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej CIR5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, oznaczona kodem CIR5.
2. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
3. **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony z Umowy głównej, osoba, której zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
5. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, nie niższa i nie wyższa od limitów wskazanych w Tabeli limitów i opłat, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
6. **„Składka za Umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
7. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
8. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
9. **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”**
 - a) w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru mózgu, niezłośliwego guza mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) - dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów - dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

Ubezpieczenie dotyczące poważnego zachorowania zapewnia finansowe wsparcie w razie wystąpienia wymienionej poniżej choroby lub zabiegu. Zwróć uwagę na to, że lista chorób i zabiegów jest listą zamkniętą, a ich definicje bardzo precyzyjnie wskazują, czym te zdarzenia muszą się charakteryzować, żeby mogła nastąpić wypłata świadczenia.

Zobaczmy to na przykładzie.

Pan Jan przechodził rutynowe badania okresowe, podczas których wykryto u niego nowotwór złośliwy. Nowotwór złośliwy jest objęty zakresem ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, dlatego Pan Jan otrzymał wypłatę w wysokości 200.000 zł. Dzięki pieniądзом z ubezpieczenia mógł m.in. rozpocząć nowoczesne leczenie i opłacić wizytę u lekarza specjalisty za granicą.

Gdyby jednak u Pana Jana wykryto np. niezłośliwy nowotwór skóry – który nie jest objęty ubezpieczeniem – nie otrzymałby on świadczenia.

Polecamy uwadze zasady wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. Zasady te zostały szczegółowo opisane w art. 11. Warto też zapoznać się z art. 12, gdzie wskazaliśmy sytuacje, które nie są objęte ubezpieczeniem, co oznacza, że w przypadku ich wystąpienia Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje, z zastrzeżeniem ust 3, następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1(CIN – Cervical Intrapithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A < 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC(American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),

- choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji)
- b) Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi (powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium). Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- c) Niezłśliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwinków mózgu oraz wrodzonych niezłśliwych guzów mózgu).
- d) Udar mózgu:** nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- f) Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.
Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy szpiku, które nie zostały poprzedzone całkowitą ablacją (zniszczeniem) własnego szpiku biorcy.
- g) Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) Utrata słuchu:** całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków, spowodowana Chorobą. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczępienia stentu w celu korekcji minimum 50%-ego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności.
- Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę
Zwężenie drożności musi:
- powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
- Świadczenie z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wynosi 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe wymienione w ust 2, pod warunkiem, że w ciągu 30 dni od dnia jego zajścia nie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego z powodu tego zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej (dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą Ubezpieczyciela. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, wniosek należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.

4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
6. Zawarcie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeśli Ubezpieczony ukończył 18 lat oraz nie ukończył 61 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać ponownie zawarta zgodnie z postanowieniami art. 6 i nie może kończyć się później niż w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpiezonego 65 lat.
4. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończy się w najbliższą piątą rocznicę trwania Umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia Umowy dodatkowej.

Art. 6 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Tryb zawierania umowy dodatkowej określony w niniejszym artykule ma wyłącznie zastosowanie do drugiej i następnych Umów dodatkowych zawieranych na kolejne okresy pięcioletnie, jeżeli nie wystąpiła przerwa pomiędzy poprzednią a ponownie zawartą Umową dodatkową. W innym przypadku zawarcie Umowy dodatkowej może nastąpić w trybie określonym w art. 4. Przedmiotem ponownie zawieranej Umowy dodatkowej jest zdrowie tego samego Ubezpiezonego.
2. Najpóźniej na 30 dni przed upływem czasu trwania Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o możliwości ponownego zawarcia Umowy dodatkowej na kolejny okres pięcioletni. W tej informacji Ubezpieczyciel przedstawia warunki, na podstawie których Umowa ta może być ponownie zawarta, określając jednocześnie wysokość składki za ponownie zawartą Umowę dodatkową oraz wysokość nowej składki całkowitej. Wysokość składki za ponownie zawartą Umowę dodatkową jest obliczana zgodnie z postanowieniami art. 10 ust. 2 z uwzględnieniem zmiany zakresu ubezpieczenia w związku z wypłatą świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o którym mowa w art. 10 ust. 3. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o możliwości ponownego zawarcia Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania, oznaczonej kodem CIR5 albo analogicznej umowy dodatkowej pozostającej w ofercie Towarzystwa na 30 dni przed terminem zakończenia poprzednio zawartej umowy dodatkowej w ramach umowy Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczonej kodem: TMR4.
3. W trybie określonym w niniejszym artykule Umowa dodatkowa zostaje ponownie zawarta na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela. Za złożenie wniosku uważa się wpłacenie przez Ubezpieczającego składki całkowitej, uwzględniającej składkę z tytułu Umowy dodatkowej, w wysokości i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela; wpłacenie ww. składki całkowitej Ubezpieczyciel uznaje za złożenie wniosku o ponowne zawarcie Umowy dodatkowej, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych należnych za okres do rocznicy polisy. Ubezpieczyciel zaliczy opłaconą składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
4. Umowę dodatkową uważa się za zawartą w trybie określonym w niniejszym artykule, jeżeli składka całkowita, o której mowa w ust. 2, została opłacona w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, tj. przed rocznicą polisy. Jeżeli ww. składka całkowita zostanie opłacona w dniu rocznicy polisy lub później, nie później jednak niż 30. dnia po rozwiązaniu poprzedniej Umowy dodatkowej, oznacza to, że nie nastąpiła przerwa pomiędzy poprzednią a ponownie zawartą Umową dodatkową, a odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ponownie zawartej Umowy dodatkowej rozpoczęła się z dniem następnym po rozwiązaniu poprzedniej Umowy dodatkowej.
5. W przypadku wpłaty przez Ubezpieczającego składki całkowitej w wysokości niższej od wskazanej przez Ubezpieczyciela w informacji, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Ubezpieczyciel może wyznaczyć dodatkowy termin do zapłaty tej składki w wysokości przez niego wskazanej. Uchybienie temu terminowi oznacza, że nie następuje ponowne zawarcie Umowy dodatkowej w rozumieniu niniejszego artykułu.
6. Umowa dodatkowa nie może być ponownie zawarta w sytuacji, gdy w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej Umowy dodatkowej opłacanie składki całkowitej było przejęte przez Ubezpieczyciela na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
7. Ubezpieczyciel potwierdza ponowne zawarcie Umowy dodatkowej dokumentem ubezpieczenia.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu na zasadach określonych w art. 11 – 12.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej, a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej Umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 180 dni, licząc od dnia jego zajścia. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie uniemożliwiło ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest objęte zakresem ubezpieczenia. Koszty tych badań lub obserwacji ponoszone są przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony ma obowiązek starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany do odostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

Art. 9 ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

1. W każdą rocznicę polisy, nie wcześniej niż po upływie roku od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, Ubezpieczający może podwyższyć albo obniżyć Sumę ubezpieczenia. Obniżenie Sumy ubezpieczenia następuje z zachowaniem minimalnych kwot, wskazanych w Warunkach oraz Tabeli limitów i opłat. Zmiana następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela. Wniosek należy złożyć na 30 dni przed rocznicą polisy.
2. Ubezpieczyciel potwierdza podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
3. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych i uzależnić podwyższenie Sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Nowa Suma ubezpieczenia obowiązuje pod warunkiem potwierdzenia zmiany przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, nowa, podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązuje po 90 dniach, licząc od rocznicy polisy, oraz jeśli Ubezpieczający opłacił wszystkie zaległe składki całkowite wymagalne w tym okresie, uwzględniające składkę za Umowę dodatkową w nowej wysokości. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c, zajdzie przed upływem 90 dni od rocznicy polisy wskazanej w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej przed podwyższeniem powiększonej o sumę składek za Umowę dodatkową opłaconych od dnia rocznicy polisy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony pod warunkiem wpłacenia wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.

Art. 10 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze składką za Umowę główną.
2. Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
3. Składka za Umowę dodatkową ponownie zawartą zgodnie z postanowieniami art. 6 jest ustalana z uwzględnieniem zmiany zakresu ubezpieczenia w związku z wypłatą świadczenia z tytułu umowy dodatkowej obowiązującej przed ponownie zawartą Umową dodatkową.
4. Składka za Umowę dodatkową podlega indeksacji tylko wtedy, gdy indeksacji podlega składka za Umowę główną. Na podstawie kwoty, o jaką w wyniku indeksacji wzrasta składka za Umowę dodatkową, zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składki całkowitej w dniu indeksacji oraz szczególnych warunków Umowy dodatkowej, obliczana jest kwota o jaką wzrasta Suma ubezpieczenia.
5. Składka za Umowę dodatkową ulega zmianie w przypadku podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 11 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Jak mam rozumieć wielokrotną wypłatę świadczenia?

Zwracamy uwagę, że istnieją sytuacje, kiedy może nastąpić więcej niż jedna wypłata świadczenia w razie poważnego zachorowania. Choroby, których wystąpienie kwalifikuje bądź nie - do ponownej wypłaty - zostały opisane w poniższym artykule.

Przyjrzyjmy się temu na przykładzie:

U Pana Jana wykryto nowotwór złośliwy (choroba z grupy III) i w związku z tym otrzymał świadczenie w wysokości 200.000 zł. Wypłata spowodowała ograniczenie zakresu ubezpieczenia do chorób z grupy II oraz IV (zgodnie z poniższymi zapisami OWU - choroby z grupy I oraz III zostały wykluczone z ubezpieczenia).

Po roku Pan Jan przeszedł zawał serca (choroba z grupy II), z tytułu którego otrzymał kolejną wypłatę świadczenia. Ta wypłata spowodowała dalsze ograniczenie zakresu ubezpieczenia - wykluczono wszystkie choroby z grupy II, wśród których znajduje się zawał serca).

Aktualnie Pan Jan jest objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu utraty wzroku i utraty słuchu, tj. chorób wymienionych w grupie IV.

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia, chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 oraz z zastrzeżeniem zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt j, wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu Umowy dodatkowej jest równa Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego powoduje zmianę zakresu ubezpieczenia albo wygaśnięcie Umowy dodatkowej. Ze względu na skutki wypłaty świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym, zdarzenia ubezpieczeniowe zostały podzielone na cztery Grupy:

- a) Grupa I - niewydolność nerek, przeszczep narządów;
 - b) Grupa II - zawał serca, zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), udar mózgu;
 - c) Grupa III - nowotwór złośliwy, niezłośliwy guz mózgu;
 - d) Grupa IV - utrata wzroku, utrata słuchu.
3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy I, to umowa dodatkowa wygasa.
 4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, należało do Grupy II, III albo IV, to z dniem wypłaty tego świadczenia zostaje wyłączona odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pozostałych zdarzeń ubezpieczeniowych należących do tej samej Grupy oraz wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych należących do Grupy I.
 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 6. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt a lub c zajdzie przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej po raz pierwszy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie składek za Umowę dodatkową opłaconych przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 7. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 1. urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 2. dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) kartą wypisu ze szpitala;
 - b) dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań;
 - c) dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej;
 - d) opiniami lekarskimi i wynikami badań laboratoryjnych oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
 8. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 7 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 10. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 12 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2, zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) świadomego pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - d) schorzeń zdiagnozowanych przez Lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Wyłączenie to nie dotyczy schorzeń, o których Ubezpieczyciel został poinformowany na piśmie przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci składki całkowitej w terminie 30 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 13 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcie umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową z ważnych przyczyn, wskazanych w art. 14 dla zmiany treści Warunków. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy.
4. Ponadto Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy dodatkowej w dowolnym czasie, w razie stwierdzenia naruszenia obowiązku wskazanego w art. 8 ust. 2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o jej wypowiedzeniu.
5. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.
6. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego z Grupy I bądź z dniem wypłaty trzeciego świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego należącego do Grupy II, III lub IV. W takich przypadkach nie jest możliwe ponowne zawarcie ani dokupienie Umowy dodatkowej.

7. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wypłaty świadczeń, o których mowa w art. 9 ust. 5 zdanie drugie oraz w art. 11 ust. 6.
8. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 14 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW

1. Warunki mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest:
 - a) zmiana lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków;
 - b) wydanie:
 - (i.) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - (ii.) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - (iii.) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny- o ile zdarzenia te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.

Art. 15 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach. Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

Art. 16 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 17 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2011 z dnia 24 marca 2011 r. wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI (HRI4)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem: HRI4 i są jej integralną częścią.

ART. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji (dalej: **Warunki**) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej HRI4 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu lub operacji, oznaczona kodem HRI4.
2. **„Umowa główna”** – umowa Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem TMR4.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której zdrowie jest przedmiotem Umowy dodatkowej.
4. **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z Umowy głównej.
5. **„Szpital”** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
6. **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami prawa miejscowego kraju objętego zakresem odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
7. **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania, w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby, urazu. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków zdarzeniem ubezpieczeniowym (Operacją) nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
8. **„Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia. W rozumieniu Warunków za Pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja Ubezpieczonego.
9. **„Dzień pobytu w Szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
10. **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
11. **„Choroba przewlekła”** - choroba o powolnym i długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, charakteryzująca się nawracającym występowaniem objawów lub odchyień w badaniach, leczona w sposób stały lub okresowy.
12. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
13. **„Nieszczęśliwy Wypadek”** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które miało miejsce, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji lub Pobytu w Szpitalu. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywoła Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się Choroby.
14. **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji; w przypadku Pobytu w Szpitalu – czwarty dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego.
15. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, równa kwocie wskazanej w Warunkach oraz Tabeli Limitów i Opłat odrębnie dla każdego wariantu Umowy dodatkowej, która stanowi podstawę do obliczenia świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej.
16. **„Składka za Umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.

ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Pobyt w Szpitalu spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - b) Operację spowodowaną Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest w jednym z trzech wariantów o możliwych do wyboru Sumach ubezpieczenia:
wariant I - 2500 zł,
wariant II - 5000 zł,
wariant III - 10 000 zł.

ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej uwzględniającej pierwszą składkę za Umowę dodatkową, z zachowaniem postanowień art. 13 ust. 5
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej kończy się, z zastrzeżeniem ust. 4:
 - a) w piątą rocznicę polisy, liczoną od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b) z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem Umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

ART. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie trwania Umowy głównej (dalej: dokupienie Umowy dodatkowej).
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, za zgodą Ubezpieczyciela. W przypadku, gdy częstotliwość opłacania składki całkowitej jest inna niż miesięczna, wniosek o dokupienie Umowy dodatkowej należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
3. W przypadku dokupienia Umowy dodatkowej dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej musi przypadać w terminie płatności składki całkowitej.
4. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
5. Zawarcie Umowy dodatkowej wymaga opłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej składki całkowitej, uwzględniającej składkę za Umowę dodatkową.
6. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
7. Warunkiem dokupienia Umowy dodatkowej jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o dokupienie Umowy dodatkowej.
8. Zawarcie Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

ART. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeśli Ubezpieczony ukończył 18 lat oraz nie ukończył 61 lat.
3. Umowa dodatkowa może zostać ponownie zawarta zgodnie z postanowieniami art. 6 i nie może kończyć się później, niż w dniu najbliższej rocznicy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.
4. W przypadku dokupienia umowy dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończy się w najbliższą piątą rocznicę trwania umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia umowy dodatkowej.

ART. 6 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Tryb zawierania Umowy dodatkowej określony w niniejszym artykule ma wyłączenie zastosowanie do drugiej i następnych umów dodatkowych zawieranych w tym samym wariancie na kolejne okresy pięcioletnie, jeżeli nie wystąpiła przerwa pomiędzy poprzednią a ponownie zawartą Umową dodatkową. W innym przypadku zawarcie Umowy dodatkowej może nastąpić w trybie określonym w art. 4. Przedmiotem ponownie zawieranej Umowy dodatkowej jest zdrowie tego samego Ubezpieczonego.
2. Najpóźniej na 30 dni przed upływem czasu trwania Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o możliwości ponownego zawarcia Umowy dodatkowej na kolejny okres. W tej informacji Ubezpieczyciel przedstawia warunki, na podstawie których umowa ta może być ponownie zawarta, określając jednocześnie wysokość składki za ponownie zawartą Umowę dodatkową oraz wysokość nowej składki całkowitej. Wysokość składki za ponownie zawartą umowę dodatkową jest obliczana zgodnie z postanowieniami art. 9 ust. 2.
Informacja przekazana przez Ubezpieczyciela będzie dotyczyć możliwości ponownego zawarcia Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu lub operacji, oznaczonej kodem HRI4 albo analogicznej umowy dodatkowej pozostającej w ofercie Towarzystwa na 30 dni przed terminem zakończenia poprzednio zawartej umowy dodatkowej w ramach umowy Terminowego ubezpieczenia na życie, oznaczonej kodem: TMR4.
3. W trybie określonym w niniejszym artykule Umowa dodatkowa zostaje ponownie zawarta na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela. Za złożenie wniosku uważa się wpłacenie przez Ubezpieczającego składki całkowitej, uwzględniającej składkę z tytułu Umowy dodatkowej, w wysokości i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela; wpłacenie ww. składki całkowitej Ubezpieczyciel uznaje za złożenie wniosku o ponowne zawarcie Umowy dodatkowej, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych należnych za okres do rocznicy polisy. Ubezpieczyciel zaliczy wpłaconą składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
4. Umowę dodatkową uważa się za zawartą w trybie określonym w niniejszym artykule, jeżeli składka całkowita, o której mowa w ust. 2, została wpłacona w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, tj. przed rocznicą polisy. Jeżeli ww. składka całkowita zostanie wpłacona w dniu rocznicy polisy lub później, nie później jednak niż 30 dni po rozwiązaniu poprzedniej Umowy dodatkowej, oznacza to, że nie nastąpiła przerwa pomiędzy poprzednią a ponownie zawartą Umową dodatkową, a odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ponownie zawartej Umowy dodatkowej rozpoczęła się z dniem następnym po rozwiązaniu poprzedniej Umowy dodatkowej.
5. W przypadku wpłaty przez Ubezpieczającego składki całkowitej w wysokości niższej od wskazanej przez Ubezpieczyciela w informacji, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Ubezpieczyciel może wyznaczyć dodatkowy termin do zapłaty tej składki w wysokości przez niego wskazanej. Uchybienie temu terminowi oznacza, że nie następuje ponowne zawarcie Umowy dodatkowej w rozumieniu niniejszego artykułu.

- Umowa dodatkowa nie może być ponownie zawarta w sytuacji, gdy w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej Umowy dodatkowej opłacanie składki całkowitej było przejęte przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel potwierdza ponowne zawarcie Umowy dodatkowej dokumentem ubezpieczenia.

ART. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu na zasadach określonych w art. 10 – 13.

ART. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za Umowę dodatkową.
- Ubezpieczony i Ubezpieczający zobowiązani są do udzielenia, przed zawarciem Umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
- Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
- Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie Umowy dodatkowej, a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej Umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem Umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu 30 dni od wyjścia Ubezpieczonego ze Szpitala. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.

ART. 9 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

- Składka za Umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze składką za Umowę główną.
- Składka za Umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczający nie może zmienić wariantu Umowy dodatkowej oraz wysokości składki za Umowę dodatkową.
- Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki za Umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

ART. 10 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU.

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu?

Wysokość świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu zależy od sumy ubezpieczenia oraz tego, jak długo Ubezpieczony przebywa w szpitalu. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie przynajmniej 4 dni. Prosimy o zwrócenie uwagi, że za pierwsze 3 dni pobytu w szpitalu świadczenie nie jest wypłacane.

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu. Limit ten dotyczy wyłącznie jednego roku polisowego - w kolejnym roku polisowym liczba dni pobytu w szpitalu, za które wypłacimy świadczenie liczona jest od nowa.

Zobaczmy to na przykładzie, przy założeniu, że suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu wynosi 10.000 zł.

Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w szpitalu, w którym spędził 11 dni.

W związku z tym, że za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się czwarty dzień pobytu w szpitalu, a zatem świadczenie za pierwsze trzy dni przebywania w szpitalu nie jest wypłacane, Pan Jan otrzymał wypłatę z polisy za 8 dni pobytu w wysokości 1600 zł (8 dni x 2% sumy ubezpieczenia, czyli 8 x 2% z 10.000 zł).

Zachęcamy do sprawdzenia definicji dnia pobytu w szpitalu w art. 1. Prosimy też o zwrócenie uwagi na dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia.

- Świadczeniem z tytułu Pobytu w Szpitalu jest wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi 2% Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za Pobyt w Szpitalu, który wliczając dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala trwał nie mniej niż 4 kolejne dni, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Świadczenie za pierwsze 3 dni Pobytu w Szpitalu nie jest wypłacane.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za maksymalnie 90 dni Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce w ciągu jednego roku polisowego.
- Przeniesienie Ubezpieczonego do innego Szpitala w wykonaniu zalecenia uprawnionego Lekarza lub Lekarzy lub czasowa nieobecność Ubezpieczonego w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
- Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności Ubezpieczonego w Szpitalu.
- W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu trwał, co najmniej 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem, że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za kolejne co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu.

ART. II ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI

Jak obliczane jest świadczenie z tytułu operacji

Wysokość świadczenia wypłacanego w przypadku operacji Ubezpieczonego zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz kategorii tej operacji. Wszystkie operacje objęte ubezpieczeniem oraz ich kategorie zawiera tabela stanowiąca załącznik do Warunków. Wypłaty z tytułu operacji są ograniczone limitem i jest to 100% sumy ubezpieczenia. Podobnie jak w przypadku pobytu w szpitalu limit ten dotyczy jednego roku polisowego.

Zobaczmy to na przykładzie.

Pan Jan Kowalski miał wypadek samochodowy i znalazł się w szpitalu, gdzie przeszedł operację nastawienia kości udowej ze stabilizacją płytką i śrubami (operacja kategorii III wskazana w załączniku do OWU; przysługujące świadczenie to 50% sumy ubezpieczenia). Pan Jan posiadał ubezpieczenie w III wariantcie, tj. z sumą ubezpieczenia 10.000 zł, wypłaciliśmy świadczenie w wysokości 5000 zł (czyli 50% x 10.000 zł)

- Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu Operacji jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	% Sumy ubezpieczenia
1	100
2	75
3	50
4	25
5	10

*kategoria najwyższa – „1”

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

- Jeżeli nie później niż 30 dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji, oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem, zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeśli w ciągu jednego dnia Pobytu w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
- Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji, które miały miejsce w ciągu tego samego roku polisowego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla wariantu Umowy dodatkowej.

ART. 12 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ.

- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia wraz z następującymi dokumentami:
 - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia:
 - kartą informacyjną leczenia szpitalnego (kartą wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia Ubezpieczonego do innego Szpitala – kartami informacyjnymi leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali, w których Ubezpieczony przebywał;
 - dokumentacją leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań;
 - dokumentacją potwierdzającą wystąpienie jednostki chorobowej;
 - notatką urzędową z policji lub innymi dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Operacja spowodowane były Nieszczęśliwym Wypadkiem;
 - opinią lekarską i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
- Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 1 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, Szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- W przypadkach, w których Pobyt w Szpitalu lub Operacja miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie Pobytu w Szpitalu lub Operacji uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

ART. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Kiedy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności?

W przypadku ubezpieczenia związanego z pobytem w szpitalu i operacji istnieją sytuacje, kiedy nie wypłacimy świadczenia i na które pragniemy zwrócić uwagę.

W przypadku pobytu w szpitalu prosimy o zwrócenie uwagi na minimalny okres nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który nie może być krótszy niż 4 dni (za pobyt w szpitalu 3 dniowy lub krótszy świadczenie nie zostanie wypłacone).

W przypadku operacji zwracamy szczególną uwagę na to, że świadczenie jest wypłacane wyłącznie za operacje wymienione w załączniku do Warunków. Za inne operacje lub zabiegi, które nie są operacjami wymienionymi w Warunkach świadczenie nie zostanie wypłacone.

Przyjrzyjmy się temu na przykładzie:

Jan Kowalski miał wypadek i złamał nogę. Jej leczenie będzie wymagało wizyty w szpitalu, zrobienia zdjęć RTG, założenia przez chirurga gipsu. Pomimo dużego złamania, sytuacja nie wymagała przeprowadzenia operacji chirurgicznej w znieczuleniu. Ze względu na brak konieczności przeprowadzenia operacji, która jest przedmiotem ubezpieczenia, nie wypłacimy świadczenia w związku ze złamaniem.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki całkowitej w terminie 30 dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. 30-dniowego terminu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja lub Pobyt w Szpitalu zostały spowodowane lub były następstwem następujących zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego:
 - a) korekcji wady wzroku (włączając korekcję zeza),
 - b) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększania i pomniejszania piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - c) leczenia lub operacji związanych z niepłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją,
 - d) kontynuacji leczenia następstw Nieszczęśliwych Wypadków lub Chorób (włączając leczenie chorób i wad wrodzonych wraz z ich następstwami), rozpoczętego przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,
 - e) chorób, które były rozpoznane przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej,
 - f) świadomego pozostawiania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - h) Choroby psychicznej, Choroby przewlekłej,
 - i) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS,
 - j) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - l) działań wojennych, stanu wojennego, aktów terroryzmu, czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - m) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - n) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) przyczyna (np. Choroba) późniejszej Operacji lub Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego była zdiagnozowana lub leczona przez Lekarza;
 - b) Lekarz zalecił Ubezpieczonemu poddanie się operacji lub pobyt w Szpitalu.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W ciągu 60 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Operacji lub Pobytu w Szpitalu spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem. Ograniczenie to nie znajduje zastosowania w razie ponownego zawarcia Umowy dodatkowej.

ART. 14 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcia Umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową z ważnych przyczyn, wskazanych w art. 15 ust. 2 dla zmiany treści Warunków. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej Umowy.

4. Ponadto Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy dodatkowej w dowolnym czasie, w razie stwierdzenia naruszenia obowiązku wskazanego w art. 8 ust. 2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o jej wypowiedzeniu.
5. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej.
6. Umowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

ART. 15 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW

1. Warunki mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest:
 - a) zmiana lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków;
 - b) wydanie:
 - (i) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - (ii) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - (iii) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny - o ile zdarzenia te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej.

ART. 16 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach. Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla Umowy dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

ART. 17 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

ART. 18 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki oraz Załącznik, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 13/2011 z dnia 24 marca 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 15 kwietnia 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI (HRI4)

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Operacje krwiaków śródczaszkowych

A42 Operacje krwiaka nad - i podoponowego Kategoria IV

Nerwy obwodowe

A62 Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego Kategoria IV

Tarczycza

B08 Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy Kategoria III

Grasica

B18 Wycięcie grasicy Kategoria III

Sutek

B27 Całkowita amputacja sutka Kategoria III

B29 Operacje rekonstrukcyjne sutka Kategoria III

Oczodół

C01 Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja Kategoria IV

C03 Wszczepienie protezy oka Kategoria IV

C05 Plastyczna operacja naprawcza oczodołu Kategoria III

Mięśnie oka

C31 Połączone operacje mięśni oka Kategoria IV

C32 Cofnięcie mięśnia oka Kategoria IV

C33 Wycięcie mięśnia oka Kategoria IV

C34 Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka Kategoria IV

Rogówka

C47 Zeszycie rogówki Kategoria V

C48 Usunięcie ciała obcego z rogówki Kategoria V

Soczewka

C71 Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki Kategoria V

C72 Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki Kategoria V

Siatkówka

C81 Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją Kategoria IV

Ucho

D10 Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego Kategoria IV

D14 Operacje naprawcze błony bębenkowej Kategoria V

D16 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych Kategoria IV

Nos

E01 Amputacja (resekcja) nosa Kategoria III

E02 Operacje plastyczne nosa Kategoria IV

E03 Operacje przegrody nosa Kategoria IV

E04 Operacje małżowiny nosa Kategoria V

Krtań

E29 Wycięcie krtani Kategoria III

Tchawica

E42 Wyłonienie tchawicy (tracheostomia) Kategoria V

Pluca

E54 Wycięcie płuca Kategoria I

E55 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca Kategoria I

Ślinianki

F44 Wycięcie ślinianki Kategoria IV

Żołądek

G27 Całkowite wycięcie żołądka Kategoria I

G28 Częściowe wycięcie żołądka Kategoria IV

Jelito czcze

G58 Wycięcie jelita czczego Kategoria III

G59 Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego Kategoria III

G60 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii) Kategoria V

Jelito kręte

G69 Wycięcie jelita krętego Kategoria III

G70 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego Kategoria III

G74 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii) Kategoria V

Wyrostek robaczkowy

H01 Wycięcie wyrostka robaczkowego Kategoria IV

Okrężnica

H06 Wycięcie prawej połowy okrężnicy Kategoria II

H08 Wycięcie poprzecznicy Kategoria II

H09 Wycięcie lewej połowy okrężnicy Kategoria II

H10 Wycięcie esicy Kategoria II

H14 Wyłonienie kątnicy (cekostomia) Kategoria V

Wątroba

J01 Przeszczep wątroby Kategoria I

J02 Wycięcie płata bądź segmentu wątroby Kategoria I

J03 Wycięcie zmiany w obrębie wątroby Kategoria III

J04 Operacja naprawcza wątroby Kategoria IV

Pęcherzyk żółciowy

J18 Wycięcie pęcherzyka żółciowego Kategoria III

Trzustka

J55 Całkowite wycięcie trzustki Kategoria I

J56 Wycięcie głowy trzustki Kategoria I

Śledziona

J69 Całkowite wycięcie śledziony Kategoria IV

Serce

K01 Przeszczep serca i płuc Kategoria I

K02 Operacja naprawcza serca (zeszycie uszkodzenia mechanicznego mięśnia sercowego) Kategoria I

K25 Walwuoplastyka mitralna Kategoria I

K40 Pomost aortalno-wieńcowy Kategoria I

K43 Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej Kategoria I

K60 Wprowadzenie systemu rozrusznika serca Kategoria III

K68 Drenaż osierdzia Kategoria V

Tętnica płucna

L10 Operacja naprawcza tętnicy płucnej Kategoria I

Tętnica główna (aorta)

L18 Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty Kategoria I
L23 Operacja naprawcza aorty Kategoria I

Tętnica biodrowa i tętnica udowa

L48 Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej Kategoria I
L52 Odtworzenie tętnicy biodrowej Kategoria I
L56 Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej Kategoria III
L60 Odtworzenie tętnicy udowej Kategoria III
L62 Otwarte operacje tętnicy udowej Kategoria III

Inne tętnice

L68 Operacja naprawcza innej tętnicy Kategoria V

Żyły

L85 Operacja żyłaków kończyny dolnej Kategoria IV

Nerki

M01 Przeszczep nerki jako biorca Kategoria II
M02 Całkowite wycięcie nerki Kategoria II
M05 Operacja naprawcza nerki Kategoria IV

Moczowód

M18 Wycięcie moczowodu Kategoria IV
M22 Operacja naprawcza moczowodu Kategoria IV

Pęcherz moczowy

M34 Całkowite wycięcie pęcherza moczowego Kategoria I
M35 Częściowe wycięcie pęcherza moczowego Kategoria IV
M42 Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową Kategoria III

Gruczoł krokowy (prostata)

M61 Wycięcie gruczołu krokowego Kategoria IV

Narządy płciowe męskie

N01 Wycięcie moszny Kategoria V
N05 Obustronne wycięcie jąder Kategoria III
N06 Jednostronne wycięcie jądra Kategoria V
N11 Operacja wodniaka jądra Kategoria V
N26 Amputacja prącia Kategoria III

Narządy płciowe żeńskie

P21 Operacja plastyczna pochwy Kategoria V
P22 Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy Kategoria IV
P24 Operacja naprawcza sklepienia pochwy Kategoria IV
Q01 Amputacja szyjki macicy Kategoria IV
Q07 Wycięcie macicy drogą brzuszną Kategoria III
Q08 Przepochwowe wycięcie macicy Kategoria IV
Q21 Obustronne wycięcie jajników Kategoria III
Q22 Obustronne wycięcie przydatków macicy Kategoria III

Oplucna

T08 Drenaż oplucnej Kategoria V

Przepona

T15 Operacja naprawcza pęknięcia przepony Kategoria III

Ściana brzucha

T20 Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej Kategoria III
T21 Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej Kategoria III
T22 Pierwotna operacja przepukliny udowej Kategoria III
T23 Operacja nawrotowej przepukliny udowej Kategoria III
T24 Operacja przepukliny pępkowej Kategoria III
T25 Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategoria III
T26 Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategoria III
T27 Operacja innej przepukliny ściany brzucha Kategoria III

Ścięgna

T67 Operacja naprawcza ścięgna Kategoria V

Kości czaszki i twarzy

V01 Plastyka czaszki Kategoria II
V08 Nastawienie złamania szczęki Kategoria V
V15 Nastawienie złamania żuchwy Kategoria V

Kręgosłup

V29 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym Kategoria IV
V31 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym Kategoria IV
V33 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym Kategoria IV
V35 Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku Kategoria IV
V37 Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym Kategoria I
V44 Odbarczenie złamania kręgosłupa Kategoria II
V46 Stabilizacja złamania kręgosłupa Kategoria II

Kości

W05 Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości Kategoria II
W11 Złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym Kategoria V
W19 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzzną) Kategoria III
W20 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną Kategoria III
W21 Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości Kategoria III
W23 Wtórne otwarte nastawienie złamania kości Kategoria III
W24 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzzną) Kategoria III
W25 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną Kategoria III

Operacje dotyczące wielu układów

X01 Replantacja kończyny górnej Kategoria III
X02 Replantacja kończyny dolnej Kategoria III
X07 Pourazowa amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego Kategoria III
X08 Pourazowa amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego Kategoria IV
X10 Amputacja stopy Kategoria IV
X11 Amputacja palucha Kategoria V
X12 Operacje w zakresie kikuta po amputacji Kategoria V
X13 Amputacja całkowita minimum 3 palców stopy Kategoria V
X14 Całkowita amputacja kciuka Kategoria V
X15 Amputacja minimum 3 palców dłoni Kategoria V

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OWU/TEMPI/1/2010

Ogólne warunki tymczasowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie, zawieranej z ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie wniosku o ubezpieczenie i stanowią jego integralną część.

ART. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach tymczasowego ubezpieczenia na życie (dalej: Warunki) poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” - ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie.
- 2) „**Ubezpieczający**” - osoba wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczający.
- 3) „**Ubezpieczony**” - osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia oraz umowy tymczasowego ubezpieczenia na życie.
- 4) „**Uposażony**” - osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku jako Uposażony z umowy głównej, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa ubezpieczenia**” - umowa ubezpieczenia na życie wskazana we Wniosku, w której skład wchodzi co najmniej umowa główna.
- 6) „**Wniosek**” - oferta Ubezpieczającego dotycząca zawarcia umowy ubezpieczenia, złożona na formularzu Ubezpieczyciela.
- 7) „**Umowa tymczasowego ubezpieczenia na życie**” - umowa ubezpieczenia na życie zawierana na podstawie Warunków (dalej: umowa tymczasowa).
- 8) „**Nieszczęśliwy wypadek**” - nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego.
- 9) „**Suma ubezpieczenia**” - kwota wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.

ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedno lub dwa spośród następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - a) śmierć Ubezpieczonego - suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia wynosi 100 zł,
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w czasie trwania umowy tymczasowej - suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia jest równa 50 000 zł.

ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Zawarcie umowy tymczasowej następuje z dniem następnym po dniu, w którym Ubezpieczający podpisał Wniosek, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki za umowę tymczasową. Z tym samym dniem rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
2. Umowa tymczasowa obowiązuje na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
3. Umowa tymczasowa ulega rozwiązaniu i odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) z upływem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - b) z upływem 90 dnia, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy tymczasowej.
4. Umowa tymczasowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia art. 6 lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

ART. 4 SKŁADKA

1. Składka za każdy rozpoczęty miesiąc ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy tymczasowej wynosi 5 zł. Obowiązek opłacenia tej składki zostaje spełniony poprzez wpłatę pierwszej składki całkowitej z tytułu umowy ubezpieczenia.
2. Składka całkowita wpłacona przez Ubezpieczającego na poczet pierwszej składki całkowitej za umowę ubezpieczenia podlega zwrotowi w przypadku:
 - a) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela albo
 - b) rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego albo
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia jednego lub dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w art. 2 ust. 2.

W tych przypadkach składka całkowita może zostać pomniejszona przez Ubezpieczyciela o składki za ochronę tymczasową.

ART. 5 ŚWIADCZENIE

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nabywa prawo do świadczenia w wysokości odpowiedniej sumy ubezpieczenia. Wypłata świadczenia następuje na jego wniosek.
2. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie 30 dni od jego zajścia.
3. Do wypłaty świadczeń stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Uposażony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

ART. 6 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) aktów terroryzmu;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - f) samobójstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń określonych w ust. 1 oraz:
 - a) świadomego pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony.

ART. 7 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń.
2. Do przekazywania korespondencji oraz do składania i rozpatrywania skarg i zażaleń stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wskazanej we Wniosku, doręczonych Ubezpieczającemu w dniu podpisania Wniosku.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy tymczasowej regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych - art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.);
 - b) w przypadku osób prawnych - art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 ze zm.).
4. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składki za umowę tymczasową ponosi Ubezpieczający. Wysokość składki za umowę tymczasową, uzgodnionej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, wyraża się w kwocie netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich, obciążających składkę za umowę tymczasową, Ubezpieczyciel może powiększyć składkę za umowę tymczasową o ich wysokość.
5. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji Uposażonego powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy tymczasowej będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
7. Umowa tymczasowa podlega przepisom prawa polskiego.
8. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy tymczasowej może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

ART. 8 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 102/2010 z dnia 16 czerwca 2010 r., wchodzą w życie z dniem 28 czerwca 2010r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OCHRONA+ NR OWU/TMR4/I/2011

ART. 1 DEFINICJE	7
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	8
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	9
ART. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY GŁÓWNEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ	9
ART. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO	9
ART. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ	9
ART. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH	9
ART. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	9
ART. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	9
ART. 10 SKŁADKA ZA UMOWĘ GŁÓWNA. WYSOKOŚĆ, OPŁACANIE I ZWROT SKŁADKI CAŁKOWITEJ	10
ART. 11 ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA	10
ART. 12 INDEKSACJA SKŁADKI ZA UMOWĘ GŁÓWNA	11
ART. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	11
ART. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA CAŁKOWITEGO	11
ART. 15 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	12
ART. 16 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	12
ART. 17 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	13
ART. 18 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ	13
ART. 19 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	13
ART. 20 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ	14
ART. 21 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	14
ART. 22 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA	14
ART. 23 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	14
ART. 24 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA	14
ART. 25 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	14
ART. 26 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	14
ART. 27 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT	15
ART. 28 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	15
ART. 29 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	15

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ADR4)

Art. 1 DEFINICJE	16
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	16
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	16
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ	16
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ	16
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	16
Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	17
Art. 8 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	17
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	17
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	17
Art. 11 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	17
Art. 12 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ	17
Art. 13 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	18

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIR5)

ART. 1 DEFINICJE	19
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	19
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	20
ART. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ	20
ART. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ	21
ART. 6 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	21
ART. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	21
ART. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	21
ART. 9 ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA	22
ART. 10 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	22
ART. 11 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	22
ART. 12 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	23
ART. 13 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	23
ART. 14 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW	24
ART. 15 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA	24
ART. 16 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ	24
ART. 17 WEJSCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	24

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI (HRI4)

Art. 1 DEFINICJE	25
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	25
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	26
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ	26
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ	26
Art. 6 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	26
Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	27
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	27
Art. 9 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	27
Art. 10 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU	27
Art. 11 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI	28
Art. 12 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	28
Art. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	29
Art. 14 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	29
Art. 15 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW	30
Art. 16 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA	30
Art. 17 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ	30
Art. 18 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	30

ZAŁĄCZNIK DO UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI (HRI4)

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OWU/TEMPI/1/2010

