

OGÓLNE WARUNKI
PLANU UBEZPIECZENIOWEGO
Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „RAZEM W ING”

OWU/SME10/2/2011

OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „RAZEM W ING” NR OWU/SME10/2/2011

Ogólne warunki Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: SME10.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” (dalej: Warunki), w polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **„Ubezpieczyciel”** - ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
2. **„Ubezpieczający”** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej, będąca Właścicielem lub osobą pozostającą z Ubezpieczającym w stosunku prawnym stanowiącym podstawę zatrudnienia.
4. **„Współubezpieczony”** – Mążonek, Konkubent, Pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
5. **„Pracownik”** – osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
6. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
7. **„Właściciel”** – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
8. **„Mążonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
9. **„Konkubent”** - wskazana przez Ubezpieczonego w stosownym oświadczeniu osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe.
10. **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
11. **„Rodzic Mążonka”** – naturalny ojciec lub matka Mążonka, a w przypadku przysposobienia Mążonka - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
12. **„Dziecko”** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego.
13. **„Ubezpieczenie”** – Plan ubezpieczeniowy z funduszem kapitałowym „Razem w ING”, do którego stosuje się Warunki.
14. **„Umowa główna”** - ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz dające możliwość otwarcia rachunku inwestycyjnego („Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”).
15. **„Umowa dodatkowa”** – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
16. **„Umowa ubezpieczenia”** - Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
17. **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
18. **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** - dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiony przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
19. **„Podgrupa”** - grupa Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych spełniających kryteria określone w polisie, dla których składka podstawowa, suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
20. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
21. **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
22. **„Karencja”** – okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
23. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną zdarzenie, niezależne od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nastąpiło w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy Wypadek, nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
24. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
25. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
26. **„Dzień wymagalności składki”** – pierwszy dzień okresu, za który zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek należna jest składka całkowita.
27. **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki.
28. **„Składka podstawowa”** – składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
29. **„Składka całkowita”** – suma składek podstawowych, a w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej również składek dodatkowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w dniu wymagalności składki podstawowej.
30. **„Składka dodatkowa”** – składka opłacana regularnie lub nieregularnie przez Ubezpieczającego w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej, niezależnie od składki podstawowej, alokowana w jednostki uczestnictwa, należna za jednego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
31. **„Składka dodatkowa regularna”** – składka opłacana obowiązkowo w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej.
32. **„Składka dodatkowa nieregularna”** – składka opłacana dobrowolnie, pod warunkiem że wszystkie składki dodatkowe regularnie są opłacane na bieżąco.
33. **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki podstawowej.
34. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia, odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach.
35. **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami Warunków.

- 36. „Alokacja składki”** – alokowanie składki dodatkowej do wskazanego funduszu kapitałowego.
- 37. „Cena umorzenia jednostki uczestnictwa”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 38. „Cena dopisania jednostki uczestnictwa”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel dopisuje jednostki uczestnictwa do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 39. „Fundusz kapitałowy”** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela.
- 40. „Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”** – utworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego odrębny rachunek, na którym zapisywane są jednostki uczestnictwa.
- 41. „Jednostka uczestnictwa”** – część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 42. „Rezygnacja z opcji inwestycyjnej”** – oświadczenie Ubezpieczającego o zaprzestaniu opłacania składki dodatkowej regularnej należnej za Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
- 43. „Wartość funduszu kapitałowego”** – wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa, obliczona po aktualnej cenie umorzenia jednostki uczestnictwa.
- 44. „Wybór opcji inwestycyjnej”** – zobowiązanie się Ubezpieczającego do opłacania składki dodatkowej regularnej złożone z własnej inicjatywy Ubezpieczającego lub na wniosek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
- 45. „Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków”** – dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia i przekazywany Ubezpieczającemu wraz z warunkami, zawierający informacje o funduszach kapitałowych.
- 46. „Wypłata wartości funduszu kapitałowego”** – częściowa lub całkowita wypłata wartości funduszu kapitałowego.
- 47. „Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia przekazywany Ubezpieczającemu wraz z warunkami, zawierający maksymalne stawki opłat i limity stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie głównej i w Umowach dodatkowych zawartych łącznie z umową główną w przypadkach określonych w Warunkach.
- 48. „Pakiet”** – oferowana przez Ubezpieczyciela opcja ubezpieczenia zawierająca Umowę główną z określonymi przez Ubezpieczyciela Umowami dodatkowymi.
- 49. „Trwałe częściowe inwalidztwo”** - utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk), poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.
- 50. „Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała, które spowodowało bezterminową, trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 51. „Trwałe inwalidztwo”** – doznane wskutek Nieszczęśliwego wypadku Trwałe całkowite inwalidztwo lub Trwałe częściowe inwalidztwo.
- 52. „Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
- pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym;
 - pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - rowerzysta;
 - pieszy.
- 53. „Statek wodny”** – statek wodny rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 54. „Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 55. „Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w ramach łączącego go z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
- podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych;
 - w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - w czasie trwania podróży służbowej.
- W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.
- 56. „Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu bądź układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 57. „Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 58. „Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 59. „Szpital”** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej zgodny z zakresem terytorialnym ubezpieczenia (art. 8 Warunków), 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.
- 60. „Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy osoba, której pobyt dotyczy, zostanie przeniesiona do innego szpitala. W rozumieniu Warunków za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
- 61. „Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 62. „Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

- 63. „OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 64. „Lekarz”** – osoba posiadająca, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny zgodnie z przepisami prawa polskiego lub z przepisami prawa Unii Europejskiej.
- 65. „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.
- 66. „Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
- 67. „Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 68. „Poważne zachorowanie”** – schorzenie lub procedura medyczna, na którą cierpią, lub której poddali się Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek lub Dziecko.
- 69. „Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu położonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów, objawów choroby lub spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 70. „Wspinaczka wysokogórska i skałkowa”** - przemieszczanie się w terenie stromym wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być także:
 - życie Współubezpieczonego;
 - zdrowie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - życie i zdrowie Małżonka lub Dziecka;
 - życie Rodzica i Rodzica Małżonka.
 Zakres odpowiedzialności Towarzystwa w ramach umowy głównej obejmuje śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
- Zakres odpowiedzialności na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Ubezpieczyciela może obejmować dodatkowo wymienione poniżej zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w formie umów dodatkowych:
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR10**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR10_A**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR10+**);

- Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB10_A**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
 - Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**);
 - Śmierć Małżonka (**kod: DSB10**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SADR10**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: SADT10**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SLHB10**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (**kod: DPB10**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: ADPB10**);
 - Narodziny Dziecka (**kod: BCB10**);
 - Śmierć Dziecka (**kod: DCB10**);
 - Narodziny martwego Dziecka (**kod: SBB10**);
 - Osierocenie Dziecka (**kod: OCB10**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10+**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**);
 - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - wariant podstawowy (**kod: CIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB10_B**);
 - Poważne zachorowanie Małżonka - wariant podstawowy (**kod: SCIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: SCIB10_B**);
 - Poważne zachorowanie Dziecka (**kod: CCIB10**);
 - Pobyt Małżonka w szpitalu (**kod: SHDB10**);
 - Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SAHDB10**);
 - Pobyt Dziecka w szpitalu (**kod: CHDB10**);
 - Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: CAHDB10**).
- Zakres umów dodatkowych, którymi może zostać objęty Współubezpieczony, określony jest w art. 9 ust. 4.
 - Przedmiot i zakres ubezpieczenia jest potwierdzony w polisie oraz potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

Art. 3 UMOWY DODATKOWE

- Ubezpieczony może rozszerzyć Umowę główną o następujące Umowy dodatkowe wymienione w ustępach 2. - 35. niniejszego artykułu.
- Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: ADR10).**
 - Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
 - Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego

Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

3. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (kod: ADT10).

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Wypadek komunikacyjny w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e), h), i).

4. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (kod: WADR10).

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Wypadek przy pracy w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w Art. 4 ust.1, 2, 3 a), b), c), d), e), g).

5. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod: HSDR10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków, ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone:
 - i. typowym dla zawału serca bólem w klatce piersiowej, świeżymi zmianami w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzającym wystąpienie zawału serca i znaczącym podwyższeniem stężenia enzymów sercowych krwi lub
 - ii. badaniem sekcyjnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - b) **„Udar mózgu”** – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych uszczerbków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 24 godziny lub w krótszym okresie jeśli w tym okresie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego. Rozpoznanie musi zostać poparte:
 - i. świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI);
 - ii. badaniem sekcyjnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: zawał mózgu, krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był zawał serca lub udar mózgu (definicje zawału serca i udaru mózgu znajdują się pkt.1a) oraz pkt

1b), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ciągu 30 dni od postawienia diagnozy.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zawał serca lub udar mózgu w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), j).

6. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDR10_A).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że:
 - i. nastąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - ii. trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - iii. utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt ii.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Inwalidztwa, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust, 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

7. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (kod: PDR10+).

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wskazaną w art. 26 ust. 4) oraz nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - b) Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że:
 - i. nastąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - ii. trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - iii. utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt ii.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego inwalidztwa nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

8. Umowa dodatkowa dotycząca Niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDW10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **„Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego

wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

- b) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek Nieszczęśliwego wypadku”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:

- a) mycie,
- b) ubieranie się,
- c) odżywianie,
- d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
- e) kontrola czynności fizjologicznych.

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia, i niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia, pod warunkiem, że niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wskutek Nieszczęśliwego wypadku:

- a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
- b) spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem - trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
- c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt b).

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego, Ubezpieczony doznał Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4. ust 1, 2, 3a), b), c), d), e).

9. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: LHB10_A).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego Ubezpieczony doznał Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e).
4. Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

10. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod: LHSD10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:

a) **„Uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

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 typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

c) **„Udar mózgu”**- nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, które spowodowały Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e) j) n).

5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu:

- a) był spowodowany chorobą zawodową;
- b) powstał wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy.

6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.

11. Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy (kod: TPD10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

a) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

b) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** - trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu

wymienionych poniżej codziennych czynności:

- a) mycie,
 - b) ubieranie się,
 - c) odżywianie,
 - d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - e) kontrola czynności fizjologicznych”.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia oraz niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia, pod warunkiem, że niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem – trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt b).
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4. ust 1, 2, 3a), b), d), e), j), n)
 5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego powstała wskutek choroby, która istniała przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej

12. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (kod: HDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą;
 - b) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek bądź Choroba w wyniku której Ubezpieczony przebywał w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

13. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: AHDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

14. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod HSHDB10).

1. Do niniejszej umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **„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 typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - b) **„Udar mózgu”**- nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu,
 - b) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udar mózgu.
4. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, wskutek których Ubezpieczony przebywa w Szpitalu, nastąpiły w związku

z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), j), n).

15. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem komunikacyjnym (kod: ATHDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Wypadku komunikacyjnego.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w Szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), e), h), i).

16. Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem przy pracy (kod: WAHDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Wypadku przy pracy.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e), g).

17. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka (kod: DSB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Małżonek zmarł w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e) oraz ust. 6.

18. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SADR10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e) oraz ust. 6.

19. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Wypadkiem komunikacyjnym (kod: SADT10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b) c), d), e), h), i) oraz ust. 6.

20. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SLHB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w Art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).
4. Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

21. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka (kod: DPB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Rodzica lub życie Rodzica Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka zmarł w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 6.

22. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: ADBP10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Rodzica lub życie Rodzica Małżonka.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Rodzic lub Rodzic Małżonka zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e) oraz ust. 6.

23. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin Dziecka (kod: BCB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie naturalnego Dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje narodziny Dziecka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli narodzenie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 2 a), b).

24. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka (kod: DCB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Dziecka, które urodziło się żywe, zaś dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 26. roku życia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 l) oraz w ust. 6.

25. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin martwego Dziecka (kod: SBB10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:
„Narodziny martwego Dziecka” – urodzenie się martwego Dziecka, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
2. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Dziecka.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje narodziny martwego Dziecka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 j), m).

26. Umowa dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka (kod: OCB10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:
„Dziecko” - własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli osierocenie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2.

27. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR10+).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą;
 - b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek, które spowodowały operację Ubezpieczonego nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n) oraz w ust. 4 i 5.

28. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Operacja miała miejsce przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował operację Ubezpieczonego, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), n) oraz w ust. 4 i 5 a), b), d), e).

29. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – wariant podstawowy (kod: CIB10_A) albo wariant rozszerzony (kod: CIB10_B).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:
 - **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”**- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.
W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - i. **grupa I** - niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, Choroba Creutzfelda-Jakoba, HIV;
 - ii. **grupa II** - zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych by-pass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty;
 - iii. **grupa III** - nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu;
 - iv. **grupa IV** - utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (**kod: CIB10_A**) lub wariantie rozszerzonym (**kod: CIB10_B**).
4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (kod: **CIB10_A**) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następują-

- cych poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
- a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa.
- Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu);
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym;
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- c) **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 typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
- Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- d) **Udar mózgu:** nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. 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.
- g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifiko-

- wanie 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 wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- h) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi.
- Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
5. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym (**kod: CIB10_B**) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub wykonanie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zabiegu, o którym mowa w ust. 4, oraz dodatkowo następujących poważnych zachorowań lub zabiegów:
- a) **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **Operacja zastawek serca:** pierwsza operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
- c) **Stwardnienie rozsiane:** zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
- d) **Ciężkie oparzenia:** oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

e) **Anemia plastyczna:** przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej na jeden z niżej wymienionych sposobów:

- przetaczanie preparatów krwipochodnych;
- podawanie preparatów stymulujących szpik;
- podawanie preparatów immunosupresyjnych;
- przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

f) **Schyłkowa niewydolność wątroby:** schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:

- wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
- trwała żółtaczka;
- żylaki przełyku;
- encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

g) **Angioplastyka tętnic wieńcowych:** pierwsze leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej.

h) **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.

i) **Choroba Parkinsona:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy podstawowych potrzeb życiowych, pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania w fotelu i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

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

j) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możli-

wości minimum trzech czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania w fotelu i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

k) **Zakażenie wirusem HIV:** zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane na jeden z wymienionych sposobów:

- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwipochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
- jako wynik przypadkowego ułknięcia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i musi być zgłoszone Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;

6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:

- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania;
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych - dzień zabiegu operacyjnego;
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu;
 - d) w przypadku utraty mowy - ostatni dzień podanego w ust. 4 pkt j) 12-miesięcznego okresu.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączeniowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), n).

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie 2 lat przed objęciem go ubezpieczeniem. Ograniczenia,

o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w pkt. 4 i 5 niniejszego ustępu.

30. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Małżonka – wariant podstawowy (kod SCIB10_A) oraz wariant rozszerzony (kod SCIB10_B).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”**- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- I. **Grupa I** - niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, Choroba Creutzfeldta-Jakoba, HIV;
- II. **Grupa II** - zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych by-pass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty;
- III. **Grupa III** - nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu;
- IV. **Grupa IV** - utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Małżonka.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (kod: SCIB10_A) lub wariantie rozszerzonym (kod: SCIB10_B).

4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (kod: SCIB10_A) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu określonych w art. 3 ust. 29 pkt 4 a) do j), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.

5. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym (kod: SCIB10_B) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegów określonych w art. 3 ust. 29 pkt 4 a) do j) oraz art. 3 ust. 29 pkt 5 a) do k), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.

6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:

- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastykowej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania;
- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych - dzień zabiegu operacyjnego;
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu;
- d) w przypadku utraty mowy - ostatni dzień podanego w art. 3 ust. 29 pkt 4 j), 12-miesięcznego okresu.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowie-

działność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), n).

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Małżonka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Małżonkowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed objęciem go ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Małżonka ubezpieczeniem.

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Małżonek w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w art. 3 ust 29 p. 4 i 5.

10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do poważnego zachorowania Małżonka.

31. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Dziecka (kod: CCIB10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

- I. **Grupa I** - niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa;
- II. **Grupa II** - bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, inwazyjne zakażenie pneumokokowe;
- III. **Grupa III** - nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu;

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
- wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu);
- wszelkie nowotwory skóry w wyjątku czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym;
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu:** rozpoznana na podstawie następujących kryteriów: nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii spe-

- cialisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
- konieczność codziennego przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry;
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę;
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatry jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka, w przypadku gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka);
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrę;
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF) określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka w tym samym wieku, w tej samej płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez specjalistę pediatrę stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
- c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- f) **Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną:** przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliną jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **Przeszczep narządu:** przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroby, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- i) **Sepsa (sepsis):** zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną i charakteryzującą się obecnością drobno-ustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi oraz prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków bądź niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca bądź niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut;
 - temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C;
 - przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków;
 - liczba krwinek białych wychodząca poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania chemioterapii lub zawartości form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.
- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenie bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny;
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181 dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza;

- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), n). Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w bezpośrednim następstwie zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
 6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Dziecka ubezpieczeniem.
 7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku niezwłocznego poddania opiece lekarskiej Dziecka i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w art. 3 ust. 31. p. 3 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania Poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
 8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.

32. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w Szpitalu (kod: SHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany chorobą;
 - b) Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek bądź Choroba, w wyniku której Małżonek przebywał w szpitalu nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

33. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, (kod: SAHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:

- a) Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek przebywał w szpitalu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

34. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu (kod: CHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia, bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą;
 - b) Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Pobyt Dziecka w szpitalu, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

35. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: CAHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie

- później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- b) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
- b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

Art. 4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynikające z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego;
- b) aktów terroryzmu;
- c) czynnego i dobrowolnego udziału 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.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia wynikającego z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych:
- a) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce po dniu wymagalności składki, jeśli do tego dnia składka całkowita nie została opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagane składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości;
- b) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- c) w przypadku samobójstwa w okresie dwóch lat od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- b) udziału przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych (w rozumieniu niniejszych warunków za udział w sportach motorowych rozumiane jest również prowadzenie quadów), lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie oraz udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych;
- c) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, a która

- nie była do tego uprawniona, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
- d) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- e) usiłowania popełnienia przestępstwa przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia lub popełnienia przez nią przestępstwa z winy umyślnej;
- f) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- g) postępowania przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań przez pracodawcę;
- h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych;
- i) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich;
- j) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- k) zdarzenia, w którym osoba, której zdarzenie dotyczy, uczestniczyła jako dawca narządów lub tkanek;
- l) choroby wrodzonej lub dziedzicznej Dziecka;
- m) poronienia rozumianego jako wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży;
- n) usiłowania popełnienia samobójstwa;
- o) skutków chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
- b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
- c) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem;
- d) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS;
- e) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
- f) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;
- g) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek);
- h) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy;
- i) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna.
5. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji:
- a) której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków;
- b) jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubez-

- pieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- c) jeżeli Operacja związana była z chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - d) operacja została przeprowadzona po 30. dniu licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - e) jeżeli Ubezpieczony zmarł w czasie Operacji.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka lub Dziecka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli Uprawniony do świadczenia przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub osoby której życie lub zdrowie było objęte ochroną ubezpieczeniową.

Art. 5 KARENCA

1. W stosunku do Pracownika przystępującego do umowy głównej później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
 - a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem, którego, Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
2. W czasie karencji opisanej w ust. 1 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
 - a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
4. Dodatkowo w przypadku przystąpienia do umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (**kod: CIB10_A** oraz **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB_A** oraz **SCIB10_B**) oraz 31 (**kod: CCIB10**), w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
 - a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego, Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie trzymiesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu.
5. Karencje, o których mowa w ust. 3 i 4, zostaje zniesiona, jeżeli Pracownik z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia Pracownik był objęty przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu określonych umów dodatkowych;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanych Umów dodatkowych, wygasła w stosunku do tych Pracowników nie wcześniej niż 30 dnia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku osób, o których mowa w ust. 5, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod:**

- HSHDB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**) w okresie dwóch miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (**kod: CIB10_A** oraz **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB_A** oraz **SCIB10_B**) oraz 31 (**kod: CCIB10**) w okresie trzech miesięcy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 8 nie wyższe jednak niż określone w art. 32, art. 34, art. 40, art. 41, art. 42 i art. 43.
7. Warunkiem zastosowania zasad opisanych w ust. 6 jest przekazanie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, informacji, z której wynika że:
 - a) Pracownicy byli objęci przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez inny zakład ubezpieczeń na podstawie zawartej z Ubezpieczającym umowy grupowego ubezpieczenia na życie;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do tych Pracowników wygasła nie wcześniej niż 30 dnia przed wskazanym dniem objęcia ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do tej osoby.
 8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trzech miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 7. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
 - a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony lub Współubezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie;
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu.
 9. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 5 (**kod: HSDR10**), 10 (**kod: LHSD10**), 11 (**kod: TPD10**), 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 17 (**kod: DSB10**), 21 (**kod: DPB10**), 24 (**kod: DCB10**), 25 (**kod: SBB10**), 26 (**kod: OCB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 29 (**kod: CIB10_A** i **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB_A** i **SCIB_B**), 31 (**kod: CCIB10**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
 - a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja z zastrzeżeniem ust. 10.
 10. W przypadku Umowy dodatkowej określonej w art. 3 ust. 23 (**kod: BCB10**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
 - a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dziewięćmiesięczna karencja.
 11. W czasie karencji wymienionych w ust. 3, 4, 9 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących przedmiotem zakresów poszczególnych Umów dodatkowych, które są spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.
 12. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji, o której mowa w ust. 7, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, lub jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, o którym mowa, w ust. 5, nie doręczy Ubezpieczycielowi oryginału oświadczenia, o którym mowa

w ust. 8, w stosunku do Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego stosuje się ust. 3, 4 i 11.

Art. 6 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Umowy dodatkowe mogą być zawarte jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy głównej lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowę główną zawiera się na czas nieokreślony.
6. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego roku polisowego. Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny rok zgodnie z postanowieniami ust. 7.
7. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego nowej wysokości składki podstawowej na zasadach określonych w art. 15 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z ich tytułu na kolejny rok polisowy. Jeżeli Ubezpieczyciel przed rocznicą nie przekaze Ubezpieczającemu informacji o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, umowa główna zostaje przedłużona na niezmienionych warunkach, natomiast Umowy dodatkowe rozwiązują się z upływem okresu, na jaki zostały zawarte.
8. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 7, nie dotyczy tych Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym roku polisowym.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy.
10. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego z oferowanych przez Ubezpieczyciela pakietów. Ubezpieczający wybiera jeden z pakietów oferowanych przez Ubezpieczyciela o określonym zakresie ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych pakietem.
11. Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonych, Współubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgody Ubezpieczonych i Współubezpieczonych na zmianę umowy ubezpieczenia.
13. Zmiana, o której mowa w ust. 11, wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Warunków, a Ubezpieczający nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Art. 7 ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu, w którym odpowiednio Pracownik, Małżonek, Rodzic i Rodzic Małżonka, pełnoletnie Dziecko oraz Pracownik w imieniu niepełnoletniego Dziecka wyrazili zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na kolejny rok polisowy następuje po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym na zasadach określonych w art. 15 ust. 1.
2. Moment rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności i obejmuje okres jednego roku polisowego.

Art. 8 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

1. Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek, Dziecko, Rodzice Ubezpieczonego, Rodzice Małżonka są objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 27 (**kod: MSR10+**) oraz ust. 28 (**kod: MSR10**) zakres ubezpieczenia obejmuje Operacje przeprowadzone w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB10**), 13 (**kod: AHDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 15 (**kod: ATHDB10**), 16 (**kod: WAHDB10**), 32 (**kod: SHDB10**), 33 (**kod: SAHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**), 35 (**kod: CAHDB10**) zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.

Art. 9 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Właściciela lub osobę pozostającą z Ubezpieczającym w stosunku prawnym następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) a) Ukończenie 15 lat i nieukończenie 70 lat, z zastrzeżeniem art. 47 ust 3;
 - b) spełnienie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy.
2. Na warunkach opisanych w ust. 1 do ubezpieczenia mogą przystąpić obok Ubezpieczonego także Współubezpieczeni, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu) dla Współubezpieczonego rozumie się późniejszą z dat:
 - a. data zawarcia związku małżeńskiego - w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b. data ukończenia 18. roku życia - w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c. złożenia odpowiedniego oświadczenia w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Konkubenta,a datą spełnienia kryterium uczestnictwa w ubezpieczeniu Ubezpieczonego.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa zakres ochrony w stosunku do Współubezpieczonych może obejmować co najwyżej następujące zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w postaci Umów dodatkowych:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**);

- b) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT10**);
 - c) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR10**);
 - d) Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR10**);
 - e) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR10_A**);
 - f) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR10+**);
 - g) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
 - h) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB10_A**);
 - i) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
 - j) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD10**);
 - k) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB10**);
 - l) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB10**);
 - m) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB10**);
 - n) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB10**);
 - o) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**);
 - p) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10+**);
 - q) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**);
 - r) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - wariant podstawowy (**kod: CIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB10_B**).
5. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
 6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, wymaga akceptacji Ubezpieczyciela.
 7. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek.
 8. Warunkiem akceptacji wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia może być dostarczenie określonych przez Ubezpieczyciela dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracownika lub poddanie się przez Pracownika badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
 9. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono składkę podstawową należną za danego Pracownika, pod warunkiem poinformowania o tym Ubezpieczyciela, w trybie określonym w art. 11 ust. 9.
 10. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej, chyba że strony ustaliły inaczej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem poprzez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi za pośrednic-

twem Ubezpieczającego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.

12. Ubezpieczony ma prawo wskazać tylko jedną osobę jako Konkubenta. Wskazanie Małżonka wyklucza możliwość wskazania Konkubenta, zaś wskazanie Konkubenta wyklucza możliwość objęcia ochroną Małżonka.
13. Ubezpieczony ma prawo do zmiany osoby wskazanej w oświadczeniu jako Konkubent wyłącznie w rocznicę polisy.

Art. 10 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w art. 2 ust. 1, 2 i 3, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych Pracownika, który przekazał zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie został objęty ubezpieczeniem.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel na żądanie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest zobowiązany do przekazania informacji określonych w ust. 3 i 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu na jego żądanie wymaganych informacji zmiana warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.
6. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia.
8. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokowania każdej wpłaconej składki dodatkowej do funduszu kapitałowego na zasadach określonych w art. 19.
9. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dokonywania wyceny jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu i do niezwłocznego ogłaszania cen dopisania i umorzenia cen jednostek uczestnictwa w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim.

Art. 11 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę całkowitą w terminach podanych w polisie, w wysokości naliczonej zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi, Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub Współubezpieczony mają obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są przez Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy:
 - a) uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony lub Współubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem umowy dodatkowej,
 - b) Ubezpieczony lub Współubezpieczony pozostaje w stanie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu informacji określonych w art. 10 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3;
 - b) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela - w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 4.
5. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpiezonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 10 ust. 6.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani do podania zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpiezonego i Współubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową.
8. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 6 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
9. Ubezpieczony jest zobowiązany do uzyskania zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Pełnoletniego Dziecka oraz do poinformowania ich o sumach ubezpieczeń wynikających z wybranych przez Ubezpiezonego Umów dodatkowych.
10. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których składka podstawowa ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
11. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 9, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
12. Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy. Ubez-

pieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

13. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

Art. 12 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki podstawowej obowiązująca w pierwszym roku polisowym ustalana jest przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpiezonego albo Współubezpiezonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpiezonego albo Współubezpiezonego są jednakowe:
 - a) dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych;
 - b) dla Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 15 ust. 3 i zależy od:
 - a) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - b) zakresu umów dodatkowych;
 - c) częstotliwości opłacania składek;
 - d) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników;
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umów Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Wysokość składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. W razie nie doręczenia przez Ubezpieczającego informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, Ubezpieczyciel oblicza składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpieczycielowi informacji.
8. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej oraz na prośbę Ubezpieczającego wysyła do niego odpowiednią fakturę VAT najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego.
9. Wysokość składki podstawowej jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu i nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli limitów i opłat. Minimalna wysokość składki podstawowej uzależniona jest od częstotliwości opłacania składek.
10. Wysokość składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.
11. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.

Art. 13 SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający może dokonać wyboru opcji inwestycyjnej, pod warunkiem że składka całkowita jest opłacana na bieżąco. Oświadczenie o wyborze opcji inwestycyjnej może być złożone Ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia lub w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia i podlega opłacie za aktywację opcji inwestycyjnej określonej w art. 23. Oświadczenie złożone w trakcie trwania umowy ubezpieczenia staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego.
2. Wysokość składki dodatkowej regularnej jest ustalana z chwilą dokonania wyboru opcji inwestycyjnej i może być zmieniona w każdą rocznicę polisy. Wysokość składki dodatkowej regularnej jest ustalana jako wielokrotność kwoty określonej w Tabeli limitów i opłat i nie może być niższa od minimalnej wysokości składki dodatkowej regularnej określonej w Tabeli limitów i opłat. Składka dodatkowa regularna jest opłacana łącznie ze składką podstawową, z częstotliwością przyjętą dla opłacania składki podstawowej.
3. Uzgodniona wysokość składki dodatkowej regularnej określona jest w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
4. W przypadku wpłaty składki dodatkowej nieregularnej, jej wysokość stanowi wielokrotność kwoty określonej w Tabeli limitów i opłat i nie może być niższa od minimalnej wysokości składki dodatkowej nieregularnej, określonej w Tabeli limitów i opłat. Składka dodatkowa nieregularna może być wpłacana tylko łącznie ze składką podstawową.
5. Składka dodatkowa regularna i składka dodatkowa nieregularna są opłacane przez Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o rezygnacji z opcji inwestycyjnej w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia. Oświadczenie staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego lub z dniem najbliższej rocznicy polisy, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego lub przed rocznicą polisy. Rezygnacja z opcji inwestycyjnej w terminie innym niż rocznica polisy podlega opłacie za dezaktywację opcji inwestycyjnej określonej w art. 23. ust. 2.

Art. 14 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita może być opłacana z częstotliwością:
 - a) miesięczną;
 - b) kwartalną;
 - c) półroczną;
 - d) roczną.
2. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania składki całkowitej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, z zachowaniem zasad określonych w art. 11 ust. 11.
3. Częstotliwość opłacania składki całkowitej jest określona w polisie.
4. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności składki. Za datę opłacenia składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela kwotą składki całkowitej w pełnej wysokości.

Art. 15 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI.

1. Na 14 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 12 ust. 4. Na wniosek Ubezpieczającego złożony przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel może zaproponować inną wysokość składki podstawowej

owej obowiązującej w najbliższym roku polisowym. Wysokość składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia przed rocznicą umowy.

2. Niezależnie od trybu zmiany składki określonego w ust. 1 w każdą rocznicę polisy wysokość składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 11 ust. 11.
3. W przypadku zmiany w trakcie roku polisowego średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych co najmniej o 2 lata Ubezpieczyciel ma prawo do ponownego określenia wysokości składki podstawowej zgodnie z zasadami określonymi w art. 12.
4. W celu obliczenia średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych dla potrzeb sprawdzenia, czy zachodzą przesłanki do ponownego określenia wysokości składki podstawowej wskazane w ust. 3, za wiek Ubezpieczonego i Współubezpieczonego przyjmuje się różnicę między rokiem, w którym następuje obliczanie średniego wieku Ubezpieczonych, a rokiem urodzenia tego Ubezpieczonego.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości składki podstawowej, pod warunkiem że Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.
6. Składka podstawowa obowiązująca w najbliższym roku polisowym, o której mowa w ust. 1, oraz ustalona ponownie przez Ubezpieczyciela w trakcie roku polisowego w okolicznościach wskazanych w ust. 3 zachowuje dotychczasową wysokość, jeżeli różnica pomiędzy dotychczasową i nową wysokością składki ustaloną zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 wynosi nie więcej niż 3%.
7. Zmiana wysokości składki podstawowej w trybie określonym w ust. 3 nie powoduje zmiany wysokości składki dodatkowej regularnej.
8. Wysokość składki dodatkowej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami określonymi w art. 11 ust. 11.

Art. 16 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

1. Ubezpieczającemu za zgodą Ubezpieczyciela przysługuje prawo zawieszenia opłacania części składek podstawowych w każdym momencie oraz, począwszy od pierwszej rocznicy polisy, również składki całkowitej poprzez złożenie wniosku w terminie określonym w art. 11 ust. 12.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania składki.
3. W okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej osobie, której zawieszenie dotyczy, a za którą składka podstawowa nie jest opłacana. Ponowne objęcie ubezpieczeniem może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Opłacanie składki całkowitej może być zawieszane na nie więcej niż jeden rok.
5. Opłacanie składki podstawowej może być zawieszane na nie więcej niż jeden rok. Jednakże wznowienie opłacania tej składki nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
6. W przypadku gdy okres zawieszenia opłacania składki przekracza 3 miesiące, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych określonych w art. 3 w ust.: 5 (kod: HSDR10), 10 (kod: LHSD10), 11 (kod: TPD10), 12 (kod: HDB10), 14 (kod: HSHDB10), 17 (kod: DSB10), 21 (kod: DPB10), 24 (kod: DCB10), 25 (kod:

- SBB10), 26 (kod: OCB10), 27 (kod: MSR10+), 29 (kod: CIB10_A oraz CIB10_B), 30 (kod: SCIB10_A oraz SCIB10_B), 31 (kod: CCIB10), 32 (kod: SHDB10), 34 (kod: CHDB10), o ile umowa ubezpieczenia zawiera te Umowy dodatkowe zostanie przywrócona po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego. W tym czasie Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem wymienionych umów dodatkowych wyłącznie jeżeli zaszły one wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. W przypadku Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka (kod: BCB10) ochrona ubezpieczeniowa po zawieszeniu opłacania składki zostanie wznowiona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego.
 8. Zawieszenie opłacania składki całkowitej lub podstawowej następuje, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Ubezpieczyciela.
 9. W okresie zawieszenia opłacania składki całkowitej lub składki podstawowej należnej za Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego Ubezpieczony lub odpowiednio Współubezpieczony zachowują prawo do dokonania wypłaty wartości funduszu kapitałowego.

Art. 17 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 11 ust. 11.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

FUNDUSZE KAPITAŁOWE

ART. 18 RODZAJE I CEL UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Celem funduszu kapitałowego jest długoterminowe powiększenie wartości jego aktywów. Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji są dopisywane do funduszu kapitałowego, powiększając jego wartość.
2. Ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu określonego w ust. 1.
3. Każdy fundusz kapitałowy jest podzielony na jednostki uczestnictwa, reprezentujące proporcjonalny udział w jego aktywach.
4. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia jednostek uczestnictwa powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość funduszu kapitałowego ani na łączną wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa.
5. W przypadku wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia wybiera fundusz kapitałowy, do którego będą alokowane składki dodatkowe.
6. Fundusz kapitałowy właściwy dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest określony w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Rodzaje funduszy kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela oraz ich polityka inwestycyjna określone są w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz regulaminie lokowania środków.

ART. 19 ALOKACJA SKŁADEK

1. Po zaksięgowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty składki dodatkowej na koncie danej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel dopisze do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia składki dodatkowej, z zastrzeżeniem art. 23 ust. 1, przez cenę dopisania jednostki uczestnictwa wybranego funduszu kapitałowego z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaksięgowania wpłaty składki dodatkowej przez Ubezpieczyciela, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który należna jest dana składka całkowita. Zaksięgowanie składki na koncie danej umowy ubezpieczenia następuje nie później, niż drugiego dnia roboczego po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela składką całkowitą.
2. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.
3. Wskazanie funduszu kapitałowego, do którego mają być alokowane składki dodatkowe, następuje w momencie dokonania wyboru opcji inwestycyjnej.
4. Składka dodatkowa nieregularna jest alokowana do tego samego funduszu kapitałowego, do którego alokowana jest składka dodatkowa regularna.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie trwania umowy ubezpieczenia do zmiany funduszu kapitałowego, do którego alokowana jest składka dodatkowa, poprzez złożenie wniosku o zmianę funduszu kapitałowego.
6. Zmiana, o której mowa w ust. 5, pociąga za sobą umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa dotychczasowego funduszu kapitałowego zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa oraz dopisanie do nowo wybranego funduszu kapitałowego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa reprezentujących udział w jego aktywach o takiej samej wartości.
7. Przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie umorzenia jednostki uczestnictwa właściwej dla każdego z funduszy kapitałowych, między którymi dokonywane jest przeniesienie. Cena umorzenia, po której odbywa się przeniesienie, jest ustalana podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę funduszu kapitałowego. Wniosek o zmianę funduszu kapitałowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
8. Zmiana, o której mowa w ust. 5, staje się skuteczna, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego lub najbliższej rocznicy polisy następujących po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę funduszu kapitałowego, pod warunkiem przekazania go Ubezpieczycielowi najpóźniej na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego lub kolejnej rocznicy polisy. Zmiana dokonana w terminie innym niż rocznica polisy podlega opłacie za zmianę funduszu kapitałowego, o której mowa w art. 23 ust. 5.

ART. 20 WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Ubezpieczyciel dokonuje wyceny wartości aktywów funduszy kapitałowych w celu określenia ceny dopisania i ceny umorzenia jednostek uczestnictwa, nie rzadziej niż raz w miesiącu kalendarzowym.
2. Ubezpieczyciel ma prawo odjęcia z wartości aktywów funduszy kapitałowych wszystkich kosztów bezpośrednio związanych z zakupem i sprzedażą aktywów oraz obsługą funduszy kapitałowych.
3. Ubezpieczyciel ma prawo pomniejszania wartości aktywów funduszu kapitałowego z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na aktywach funduszu kapitałowego lub z tytułu

innych obciążeń publiczno - prawnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

ART. 21 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Cenę umorzenia jednostek uczestnictwa ustala się, dzieląc wartość aktywów funduszu kapitałowego przez liczbę jednostek uczestnictwa. Wynik zaokrągla się w górę lub w dół nie więcej niż o 1%.
2. Różnica pomiędzy ceną dopisania a ceną umorzenia jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny dopisania.

ART. 22 WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

1. Ubezpieczony lub Współubezpieczony może w dowolnym momencie dokonać wypłaty wartości funduszu kapitałowego.
2. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wartość funduszu kapitałowego zostanie wypłacona w całości bez względu na jej wysokość.
3. Wypłata wartości funduszu kapitałowego nie może być niższa od minimalnej wysokości wypłaty wartości funduszu kapitałowego, która jest określona w Tabeli limitów i opłat, z zastrzeżeniem ust. 2.
4. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego podstawą obliczania wartości funduszu kapitałowego jest cena umorzenia jednostki uczestnictwa ustalona podczas najbliższej wyceny jednostki uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę wartości funduszu kapitałowego. Wniosek o wypłatę wartości funduszu kapitałowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty wartości funduszu kapitałowego nie później niż w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę wartości funduszu kapitałowego oraz innych niezbędnych dokumentów.
6. Wypłata wartości funduszu kapitałowego podlega opłacie określonej w art. 23 ust 4.
7. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego następującej po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej nie pobiera się opłaty, o której mowa w ust. 6.

ART. 23 OPŁATY

1. W przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczyciel pobierze z pierwszej wpłaconej składki dodatkowej regularnej opłatę za aktywację opcji inwestycyjnej w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
2. W przypadku dokonania rezygnacji z opcji inwestycyjnej w terminie innym niż w rocznicę polisy Ubezpieczyciel pobierze z wartości funduszu kapitałowego opłatę za dezaktywację opcji inwestycyjnej w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
3. Z tytułu zarządzania funduszem kapitałowym Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę, która jest pobierana w każdym dniu wyceny wartości aktywów danego funduszu kapitałowego proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres, który upłynął od dnia poprzedniej wyceny aktywów tego funduszu kapitałowego. Opłata ta jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu kapitałowego w wysokości wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
4. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego pobierana jest opłata za wypłatę wartości funduszu kapitałowego w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
5. W przypadku zmiany funduszu kapitałowego w terminie innym niż w rocznicę polisy pobiera się opłatę za zmianę funduszu kapitałowego w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat. Opłata ta jest pobierana z wartości jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa przenoszonej do nowo wybranego funduszu kapitałowego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

ART. 24 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - b) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego lub uprawnionego do świadczenia – o ile z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony lub Współubezpieczony;
 - c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty świadczenia są także dokumenty, o których mowa w art. 25 -43.
4. Wskazane jest, aby dokumenty, o których mowa w ust. 2 oraz w art. 25-43, były dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. 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 znajdują się.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.
6. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony, 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.
7. Do wypłaty świadczenia z tytułu umów zawartych na rzecz Współubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 4 stosuje się odpowiednio zasady wypłaty świadczeń określone w niniejszym dziale, doprecyzowane w art. od 25 do 34, 40 i 41.

ART. 25 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych objętych następującymi Umowami:
 - a) z tytułu Umowy Głównej - śmierci Ubezpieczonego (**kod: SME10**);
 - b) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**) - śmierci Ubezpieczonego;
 - c) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego – śmierci Ubezpieczonego (**kod: ADT10**);
 - d) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy – śmierci Ubezpieczonego (**kod: WADR10**);

- e) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu – śmierci Ubezpieczonego (**kod: HSDR10**);
chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
- dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2; oraz
 - oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionego przez lekarza lub stosowne władze;
 - pełną dokumentację medyczną z przebiegu leczenia (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR10**);
 - wynik sekcji zwłok jeśli była przeprowadzana (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR10**);
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy;
 - protokołu powypadkowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego, właściwej dla umowy głównej, wymienionej w ust. 1a.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego właściwej dla umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1e.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia właściwej dla danej umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1 pkt b), c) i d) obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
7. 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:
- małżonek,
 - dzieci,
 - wnuki,
 - rodzice,
 - rodzeństwo,
 - dzieci rodzeństwa,
8. 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.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

ART. 26 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR10)

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
- sumy ubezpieczenia z umowy dodatkowej, jeżeli nastąpiło trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego;
 - odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego;
 - wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za trwałe częściowe inwalidztwo oraz za trwałe całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa nie może przekroczyć 200% sumy ubezpiecze-

- nia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z nieszczęśliwych wypadków.
3. Podstawą do obliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

| Trwałe inwalidztwo częściowe | % Sumy ubezpieczenia |
|---|-----------------------------|
| Utrata ramienia | 75% |
| Utrata przedramienia | 70% |
| Utrata dłoni | 60% |
| Utrata kciuka | 15% |
| Utrata palca wskazującego | 5% |
| Utrata palca środkowego | 3% |
| Utrata palca serdecznego | 2% |
| Utrata palca małego | 1% |
| Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk) | 40% |
| Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka) | 25% |
| Utrata nogi | 70% |
| Utrata podudzia | 60% |
| Utrata obu podudzi | 100% |
| Utrata stopy | 50% |
| Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem) | 30% |
| Utrata dużego palca u stopy | 10% |
| Całkowita utrata wzroku w obu oczach | 100% |
| Całkowita utrata wzroku w jednym oku | 50% |
| Całkowita utrata słuchu w obu uszach | 100% |
| Całkowita utrata słuchu w jednym uchu | 50% |
| Utrata mowy | 100% |

przy czym:

- Utrata – fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
- Całkowita utrata wzroku w obu oczach – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- Całkowita utrata wzroku w jednym oku – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- Całkowita utrata słuchu w obu uszach – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje

je przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- e) Całkowita utrata słuchu w jednym uchu – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
- f) Utrata mowy – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2; oraz
- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
- c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób: prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.

ART. 27 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR10+)

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
- a. jednorazowej wypłaty 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
- b. regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
- I. nastąpiło trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub
- II. nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wymienioną w art. 26 ust. 4.

2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust. 1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów określonych w art. 26 ust. 8.
6. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.

ART. 28 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPowodowanej Nieszczęśliwym WYPADKIEM (KOD: PDW10)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów określonych w art. 26 ust. 8,
5. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Ubezpieczyciela orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

ART. 29 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPowodowanego Nieszczęśliwym WYPADKIEM (KOD: LHB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA SPowodowanego Nieszczęśliwym WYPADKIEM (KOD: SLHB10).

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 7, oraz na podstawie wyników badań lekarskich o których mowa w art. 11 ust. 3.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego (**kod: LHB10**) lub Małżonka (**kod: SLHB10**), jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonej przez

Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udostępnia wymienioną tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.

- Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 26 ust. 8. Ponadto w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka koniecznym jest przedstawienie odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową.

ART. 30 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD10)

- Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
- Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
- Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 8, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 11 ust. 3.
- Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę uszczerbków na zdrowiu podaną w ust 9.
- Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Tabela uszczerbków dla zawału serca i udaru mózgu.

Zawał serca

- Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z wydolnym układem krążenia klasy I wg NYHA w zależności od występowania trwałych zmian w zapisie EKG lub badaniach obrazowych 10% - 15%;
- Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami względnej wydolności krążenia klasy II wg NYHA 20% - 40%;
- Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami niewydolności krążenia klasy III lub IV wg NYHA 40% - 90%.

Udar mózgu

Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu oceniany jest w oparciu o istniejące objawy lub ubytki neurologiczne mające wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji klienta, Uszczerbek w przedziale 5% - 100% oceniany jest w

oparciu o wyniki badania neurologicznego i wyniki badań obrazowych.

ART. 31 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD10)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania Choroby.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2; oraz
 - dokumentów potwierdzających okoliczności choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
- Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Ubezpieczyciela orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może wypłacić świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w art. 3 ust. 11 pkt 3 b.
- Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.

ART. 32 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU (KOD: SHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB10)

- Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (**kod: HDB10**), Małżonka (**kod: SHDB10**), Dziecka (**kod: CHDB10**) w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 - 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 - 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony, Małżonek, Dziecko od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywali na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świad-

- czenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługujące maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
 6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
 7. 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 z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
 8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM;
 - c) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
 - d) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia - dotyczy umowy dodatkowej określonej kodem: **CHDB10**;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 33 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: AHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB10)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (Umowy dodatkowe określone kodami: **AHDB10, WAHDB10, ATHDB10**), Małżonka (kod: **SAHDB10**), Dziecka (kod: **CAHDB10**) w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (kod: **AHDB10, SAHDB10, CAHDB10**), wypadkiem przy pracy (kod: **WAHDB10**), wypadkiem komunikacyjnym (kod:

- ATHDB10**), pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługujące maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
 6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
 7. 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 z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
 8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9, oraz:
 - a) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu Warunków w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **WAHDB10**;
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego, w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **ATHDB10**;
 - c) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia - dotyczy umowy dodatkowej określonej kodem: **CAHDB10**.

ART. 34 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB10)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (kod: **HSHDB10**) jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - b) 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywali na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługujące maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu

w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobyków. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.

7. 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 z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9 pkt a - c oraz e.

ART. 35 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB10)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Uposażonym wskazanym przez Małżonka. Jeżeli Małżonek nie wskazał Uposażonych, świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz
 - a) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - b) dokumentu potwierdzającego zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka;
 - c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 36 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR10).

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Uposażonym wskazanym przez Małżonka. Jeżeli Małżonek nie wskazał Uposażonych, świadczenie będzie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 35 ust. 3.

ART. 37 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT10)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Uposażonym wskazanym przez Małżonka. Jeżeli Małżonek nie wskazał Uposażonych świadczenie będzie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 35 ust. 3.

ART. 38 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB10)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Uposażonym wskazanym przez Rodzica lub Rodzica Małżonka, w przypadku śmierci odpowiednio. Rodzica lub Rodzica Małżonka (**kod: DBP10**); jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka nie wskazali Uposażonych świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu;
 - b) Ubezpieczonemu w przypadku narodzin Dziecka (**kod: BCB10**), śmierci niepełnoletniego Dziecka (**kod: DCB10**), narodzin martwego Dziecka (**kod: SBB10**);
 - c) Uposażonemu wskazanemu przez pełnoletnie Dziecko w przypadku jego śmierci (**kod: DCB10**). Jeżeli pełnoletnie Dziecko nie wskazało Uposażonego, świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu;
 - d) każdemu Dziecku Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego (**kod: OCB10**).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu jego zajścia.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 1. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego konieczne jest przedłożenie następujących dokumentów:
 - a) śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego;
 - lub:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka;
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową;
 - b) narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - c) śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze;
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka (akt urodzenia) lub zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu;
 - d) osierocenie Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 39 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB10)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone Uposażonym wskazanym przez Rodzica lub Rodzica Małżonka. Jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka nie wskazali Uposażonych świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz
 - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka (w wypadku śmierci Rodzica Małżonka);
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 40 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBA LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10+). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10)

- Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego (**kod: MSR10+** lub **kod: MSR10**) jest odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, 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 Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna operacja spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
- Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;

- urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
- karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
- raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem;
- innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 41 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB10_B)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
- Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 29 pkt 6.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 pkt. 4 j jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
- W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego skutkuje:
 - wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
- Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg oraz Grupa I.
- Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - opinii lekarza prowadzącego;
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy głównej o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

ART. 42 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB10_B)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
- Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o który mowa w art. 3 ust. 30 ust. 6.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 ust. 4 pkt j jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
- W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
- Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg oraz Grupa I.
- Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka;
 - karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - opinii Lekarza prowadzącego;
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- W przypadku śmierci Małżonka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Małżonka nastąpiła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (**kod: DSB10**) o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

ART. 43 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB10)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 31 pkt. 4.
- W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:

- wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
- Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
 - Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka;
 - karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań Dziecka;
 - opinii Lekarza prowadzącego;
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Dziecka;
 - ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 - W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Dziecka zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Dziecka (**kod: DCB10**) o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

Art. 44 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

- Prawo do zawarcia indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, w stosunku do którego ochrona z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygaśa z powodów:
 - rozwiązania stosunku prawnego łączącego Pracodawcę z Ubezpieczonym albo
 - rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- Po spełnieniu ust. 1 prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, który spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki:
 - był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków przez okres co najmniej 6 miesięcy;
 - złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty.
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego i Współubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 45 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki całkowitej za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 46 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zostanie doręczone Ubezpieczycielowi później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki całkowitej najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności składki Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono składkę całkowitą.

Art. 47 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego;
 - b) wygaśnięcia umowy głównej;
 - c) rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego stanowiącego podstawę zatrudnienia;
 - d) Ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
2. Za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust. 1 pkt a-c.
3. W przypadku, o którym mowa w ust 1 pkt d), za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej, którą objęty jest Współubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, obok którego przystąpił do Ubezpieczenia;
 - b) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego bądź stosunku konkubinatu. Oświadczenie takie Ubezpieczony ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
6. W przypadku umów dodatkowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
7. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego z tytułu poniżej wymienionych umów dodatkowych wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku:

- a) wypłaty świadczenia w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: PDR10**);
- b) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku z miesięcznym świadczeniem (**kod: PDR10+**);
- c) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
- d) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (**kod: LHB10**);
- e) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
- f) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB10_A** lub **CIB10_B** albo **kod: SCIB10_A** lub **SCIB10_B** albo **kod: CCIB10**), jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I określonej odpowiednio dla każdej z tych umów dodatkowych;
- g) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB10_A** lub **CIB10_B**) lub poważnego zachorowania Małżonka (**kod: SCIB10_A** lub **SCIB10_B**);
- h) wypłaty drugiego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka (**kod CCIB10**);
- i) Wypłaty drugiego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**) oraz Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem (**kod: MSR10+**).

Art. 48 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Współubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela wynikające z umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi, zażalenia lub odwołania przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 54.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 49 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu opłacania składek ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych 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. 50 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. 51 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT LUB WYKAZU UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH I REGULAMINU LOKOWANIA ŚRODKÓW

1. Tabela limitów i opłat lub Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważnymi przyczynami, o których mowa w ust. 1 są zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, 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, Naczelny Sąd Administracyjny i sądy powszechne.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, 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, o której mowa w ust. 1 wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków, a Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków.

ART. 52 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków podlega przepisom prawa polskiego.

ART. 53 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 48, powinny być przekazywane do siedziby Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 48 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie.

ART. 54 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Uposażonego lub odpowiednio innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 24 ust. 7 i 9.

ART. 55 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Ubezpieczyciela, Ubezpieczonego, Współubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od warunków.
2. Wszelkie zmiany do treści Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

ART. 56 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 87/2011 z dnia 24 października 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 14 listopada 2011 roku.

Tomasz Blawat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD: MSR10+) ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10)

Lista operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 - A09)

| | | |
|-----|---|--------------|
| A01 | Rozległe wycięcie tkanki mózgowej | Kategoria I |
| A02 | Wycięcie zmiany w tkance mózgowej | Kategoria I |
| A03 | Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej | Kategoria I |
| A05 | Drenaż zmiany w tkance mózgowej | Kategoria II |
| A09 | Neurostymulacja mózgu | Kategoria II |

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 - A22)

| | | |
|-----|---|---------------|
| A12 | Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii) | Kategoria III |
| A13 | Rewizja wentrykulostomii | Kategoria III |
| A17 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych | Kategoria III |
| A22 | Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu | Kategoria II |

Nerwy czaszkowe (A24 - A33)

| | | |
|-----|--|---------------|
| A24 | Przeszczep nerwów czaszkowych | Kategoria I |
| A25 | Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych | Kategoria I |
| A28 | Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego | Kategoria II |
| A29 | Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego | Kategoria I |
| A30 | Operacja naprawcza nerwu czaszkowego | Kategoria I |
| A31 | Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego | Kategoria II |
| A33 | Neurostymulacja nerwu czaszkowego | Kategoria III |

Opony mózgowe (A38 - A42)

| | | |
|-----|--|--------------|
| A38 | Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych | Kategoria I |
| A39 | Operacja naprawcza opony twardej | Kategoria I |
| A40 | Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej | Kategoria I |
| A41 | Drenaż przestrzeni podoponowej | Kategoria I |
| A42 | Operacje krwiaka nad- i podoponowego | Kategoria II |

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 - A57)

| | | |
|-----|---|-------------|
| A44 | Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego | Kategoria I |
| A57 | Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych | Kategoria I |

Nerwy obwodowe (A59 - A62)

| | | |
|-----|---|---------------|
| A59 | Wycięcie nerwu obwodowego | Kategoria IV |
| A60 | Zniszczenie nerwu obwodowego | Kategoria IV |
| A61 | Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego | Kategoria IV |
| A62 | Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego | Kategoria III |

Inne części układu nerwowego (A75)

| | | |
|-----|--|---------------|
| A75 | Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym | Kategoria III |
|-----|--|---------------|

Przysadka i szyszynka (B01 - B06)

| | | |
|-----|-------------------------------------|--------------|
| B01 | Wycięcie przysadki | Kategoria I |
| B02 | Zniszczenie przysadki | Kategoria II |
| B04 | Wycięcie zmiany w obrębie przysadki | Kategoria II |
| B06 | Operacje szyszynki | Kategoria I |

Tarczycza i przytarczycze (B08 - B14)

| | | |
|-----|---|---------------|
| B08 | Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy | Kategoria III |
| B09 | Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy | Kategoria II |
| B10 | Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego | Kategoria III |
| B14 | Wycięcie przytarczyc(y) | Kategoria II |

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 - B23)

| | | |
|-----|--|---------------|
| B18 | Wycięcie grasicy | Kategoria III |
| B22 | Wycięcie nadnercza(y) | Kategoria III |
| B23 | Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy | Kategoria III |

Sutek (B27 - B35)

| | | |
|-----|---|---------------|
| B27 | Całkowita amputacja sutka | Kategoria III |
| B29 | Operacje rekonstrukcyjne sutka | Kategoria I |
| B34 | Operacje na przewodach mlekonosnych sutka | Kategoria IV |
| B35 | Operacje brodawki sutkowej | Kategoria IV |

Oczodoł (C01 - C06)

| | | |
|-----|---|---------------|
| C01 | Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja | Kategoria III |
| C02 | Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu | Kategoria III |
| C03 | Wszczepienie protezy oka | Kategoria IV |
| C04 | Rewizja protezy oka | Kategoria IV |
| C05 | Plastyczna operacja naprawcza oczodołu | Kategoria III |
| C06 | Nacięcie oczodołu | Kategoria IV |

Mięśnie oka (C31 - C34)

| | | |
|-----|--|---------------|
| C31 | Połączone operacje mięśni oka | Kategoria III |
| C32 | Cofnięcie mięśnia oka | Kategoria IV |
| C33 | Wycięcie mięśnia oka | Kategoria IV |
| C34 | Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka | Kategoria IV |

Spojówka i rogówka (C47 - C49)

| | | |
|-----|----------------------------------|--------------|
| C47 | Zeszytie rogówki | Kategoria IV |
| C48 | Usunięcie ciała obcego z rogówki | Kategoria V |
| C49 | Nacięcie rogówki | Kategoria IV |

Twardówka i tęczówka (C53 - C62)

| | | |
|-----|---|---------------|
| C53 | Wycięcie zmiany w obrębie twardówki | Kategoria IV |
| C54 | Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomb lub opaski nadtwardówkowej | Kategoria III |
| C55 | Nacięcie twardówki | Kategoria IV |
| C59 | Wycięcie tęczówki | Kategoria IV |
| C60 | Operacje filtrujące tęczówki | Kategoria III |
| C62 | Nacięcie tęczówki | Kategoria IV |

Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 - C73)

| | | |
|-----|-------------------------------------|--------------|
| C66 | Wycięcie ciała rzęskowego | Kategoria IV |
| C71 | Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki | Kategoria IV |
| C72 | Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki | Kategoria IV |
| C73 | Nacięcie torebki soczewki | Kategoria V |

Siatkówka i inne części oka (C79 - C82)

| | | |
|-----|--|---------------|
| C79 | Operacje ciała szklistego | Kategoria III |
| C81 | Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją | Kategoria IV |
| C82 | Zniszczenie zmiany siatkówki | Kategoria IV |

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|--|---------------|
| G71 | Zespolenie omijające jelito kręte | Kategoria III | J30 | Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego | Kategoria III |
| G73 | Rewizja zespolenia jelita krętego | Kategoria III | J31 | Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego | Kategoria III |
| G74 | Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii) | Kategoria III | J32 | Operacja naprawcza przewodu żółciowego | Kategoria II |
| G75 | Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii) | Kategoria III | J33 | Nacięcie przewodu żółciowego | Kategoria III |
| G76 | Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym | Kategoria III | J34 | Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przeddwunastniczego | Kategoria III |
| G79 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego | Kategoria III | J38 | Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa) | Kategoria IV |
| Wyrostek robaczkowy (H01) | | | J40 | Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych | Kategoria IV |
| H01 | Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych | Kategoria IV | J42 | Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych | Kategoria IV |
| Okrężnica (H04 - H20) | | | J46 | Przeszkólna rewizja zespolenia dróg żółciowych | Kategoria IV |
| H04 | Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy | Kategoria I | J47 | Przeszkólna implantacja protezy dróg żółciowych | Kategoria IV |
| H05 | Całkowite wycięcie okrężnicy | Kategoria I | J49 | Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T | Kategoria IV |
| H06 | Wycięcie prawej połowy okrężnicy | Kategoria II | Trzustka (J54 - J66) | | |
| H08 | Wycięcie poprzecznicy | Kategoria II | J54 | Przeszczep trzustki | Kategoria I |
| H09 | Wycięcie lewej połowy okrężnicy | Kategoria II | J55 | Całkowite wycięcie trzustki | Kategoria I |
| H10 | Wycięcie esicy | Kategoria II | J56 | Wycięcie głowy trzustki | Kategoria I |
| H12 | Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy | Kategoria III | J58 | Wycięcie zmiany w obrębie trzustki | Kategoria III |
| H13 | Zespolenie omijające okrężnicę | Kategoria III | J59 | Zespolenie przewodu trzustkowego | Kategoria II |
| H14 | Wyłonienie kątnicy (cekostomia) | Kategoria III | J61 | Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki | Kategoria II |
| H16 | Nacięcie okrężnicy | Kategoria III | J62 | Nacięcie trzustki | Kategoria III |
| H17 | Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy | Kategoria III | J66 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki | Kategoria V |
| H18 | Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu | Kategoria III | Śledziona (J69) | | |
| H20 | Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego | Kategoria V | J69 | Całkowite wycięcie śledziony | Kategoria III |
| Odbytnica (H33 - H42) | | | Ściany, przegrody i komory serca (K01 - K20) | | |
| H33 | Wycięcie odbytnicy | Kategoria II | K01 | Przeszczep serca i płuc | Kategoria I |
| H34 | Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy | Kategoria III | K04 | Operacja naprawcza tetralogii Fallota | Kategoria I |
| H40 | Przezzwieraczowe operacje odbytnicy | Kategoria III | K05 | Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń | Kategoria I |
| H42 | Operacje z powodu wypadania odbytnicy | Kategoria III | K07 | Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych | Kategoria I |
| Odbyt i okolica okołoodbytowa (H51 - H59) | | | K09 | Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego | Kategoria I |
| H51 | Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów) | Kategoria IV | K10 | Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej | Kategoria I |
| H59 | Wycięcie torbieli włosowej | Kategoria IV | K11 | Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej | Kategoria I |
| Wątroba (J01 - J10) | | | K12 | Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca | Kategoria I |
| J01 | Przeszczep wątroby | Kategoria I | K15 | Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca | Kategoria II |
| J02 | Wycięcie płata bądź segmentu wątroby | Kategoria I | K16 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca | Kategoria I |
| J03 | Wycięcie zmiany w obrębie wątroby | Kategoria III | K18 | Wytworzenie dróg odpływu z serca | Kategoria I |
| J04 | Operacja naprawcza wątroby | Kategoria II | K20 | Plastyka przedsionka serca | Kategoria I |
| J05 | Nacięcie wątroby | Kategoria IV | Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 - K37) | | |
| J08 | Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu | Kategoria IV | K25 | Walwuloplastyka mitralna | Kategoria I |
| J10 | Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby | Kategoria IV | K26 | Walwuloplastyka aortalna | Kategoria I |
| Pęcherzyk żółciowy (J18 - J24) | | | K27 | Plastyka zastawki trójdzielnej | Kategoria I |
| J18 | Wycięcie pęcherzyka żółciowego | Kategoria IV | K28 | Plastyka zastawki tętnicy płucnej | Kategoria I |
| J19 | Zespolenie pęcherzyka żółciowego | Kategoria II | K29 | Plastyka nieokreślonej zastawki serca | Kategoria I |
| J21 | Nacięcie pęcherzyka żółciowego | Kategoria IV | K30 | Rewizja plastyki zastawki serca | Kategoria I |
| J24 | Przeszkóne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego | Kategoria IV | K31 | Walwulotomia | Kategoria I |
| Przewody żółciowe (J27 - J49) | | | K35 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca | Kategoria II |
| J27 | Wycięcie przewodu żółciowego | Kategoria II | K37 | Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca | Kategoria I |
| J28 | Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego | Kategoria III | | | |
| J29 | Zespolenie przewodu wątrobowego | Kategoria I | | | |

Tętnice wieńcowe (K40 - K49)

| | | |
|-----|--|--------------|
| K40 | Pomost aortalno-wieńcowy | Kategoria I |
| K43 | Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej | Kategoria I |
| K45 | Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna - tętnica wieńcowa | Kategoria I |
| K47 | Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej | Kategoria I |
| K49 | Przełskórna angioplastyka wieńcowa | Kategoria II |

Inne części serca i osierdzie (K52 - K69)

| | | |
|-----|---|---------------|
| K52 | Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca | Kategoria I |
| K56 | Wszczepienie systemu wspomagania serca | Kategoria II |
| K60 | Przezłyżne wprowadzenie systemu rozrusznika serca | Kategoria III |
| K61 | Inny system rozrusznika serca | Kategoria I |
| K67 | Wycięcie osierdzia | Kategoria I |
| K68 | Drenaż osierdzia | Kategoria II |
| K69 | Przecięcie osierdzia | Kategoria IV |

Duże naczynia i tętnica płucna (L01-L13)

| | | |
|-----|---|--------------|
| L01 | Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu | Kategoria I |
| L02 | Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu | Kategoria I |
| L03 | Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej | Kategoria I |
| L05 | Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej | Kategoria I |
| L07 | Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej | Kategoria I |
| L10 | Operacja naprawcza tętnicy płucnej | Kategoria I |
| L13 | Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia | Kategoria II |

Tętnica główna (aorta) (L16 - L26)

| | | |
|-----|--|--------------|
| L16 | Nieanatomiczne pomostowanie aorty | Kategoria I |
| L18 | Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty | Kategoria I |
| L22 | Rewizja protezy aortalnej | Kategoria I |
| L23 | Operacja naprawcza aorty | Kategoria I |
| L26 | Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty | Kategoria II |

Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 - L39)

| | | |
|-----|---|--------------|
| L29 | Operacja naprawcza tętnicy szyjnej | Kategoria I |
| L31 | Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej | Kategoria II |
| L33 | Operacje tętniaka tętnicy mózgowej | Kategoria I |
| L35 | Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej | Kategoria II |
| L37 | Odtworzenie tętnicy podobojczykowej | Kategoria I |
| L39 | Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej | Kategoria II |

Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 - L47)

| | | |
|-----|---|--------------|
| L41 | Odtworzenie tętnicy nerkowej | Kategoria I |
| L43 | Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej | Kategoria II |
| L45 | Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej | Kategoria I |

| | | |
|-----|---|--------------|
| L47 | Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń | Kategoria II |
|-----|---|--------------|

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 - L63)

| | | |
|-----|---|---------------|
| L48 | Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań | Kategoria I |
| L52 | Odtworzenie tętnicy biodrowej | Kategoria I |
| L54 | Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej | Kategoria II |
| L56 | Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań | Kategoria I |
| L60 | Odtworzenie tętnicy udowej | Kategoria I |
| L63 | Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej | Kategoria III |

Inne tętnice (L65 - L71)

| | | |
|-----|--|--------------|
| L65 | Rewizja odtworzonej tętnicy | Kategoria II |
| L67 | Wycięcie innej tętnicy | Kategoria II |
| L68 | Operacja naprawcza innej tętnicy | Kategoria II |
| L71 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy | Kategoria IV |

Nerki (M02 - M15)

| | | |
|-----|---|---------------|
| M02 | Całkowite wycięcie nerki | Kategoria II |
| M03 | Częściowe wycięcie nerki | Kategoria III |
| M04 | Wycięcie zmiany w nerce | Kategoria III |
| M05 | Operacja naprawcza nerki | Kategoria III |
| M06 | Nacięcie nerki | Kategoria III |
| M09 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych | Kategoria III |
| M15 | Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię | Kategoria III |

Moczowód (M18 - M32)

| | | |
|-----|---|---------------|
| M18 | Wycięcie moczowodu | Kategoria III |
| M19 | Odprowadzenie moczu przez przetokę | Kategoria II |
| M20 | Ponowne wszczepienie moczowodu | Kategoria III |
| M22 | Operacja naprawcza moczowodu | Kategoria III |
| M23 | Nacięcie moczowodu | Kategoria III |
| M26 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii | Kategoria III |
| M27 | Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii | Kategoria IV |
| M32 | Operacje ujścia moczowodu | Kategoria IV |

Pęcherz moczowy (M34 - M43)

| | | |
|-----|---|---------------|
| M34 | Całkowite wycięcie pęcherza moczowego | Kategoria I |
| M35 | Częściowe wycięcie pęcherza moczowego | Kategoria III |
| M36 | Powiększenie pęcherza moczowego | Kategoria II |
| M38 | Otwarty drenaż pęcherza moczowego | Kategoria IV |
| M42 | Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową | Kategoria III |
| M43 | Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową | Kategoria IV |

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M51 - M65)

| | | |
|-----|--|---------------|
| M51 | Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet | Kategoria III |
| M56 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet | Kategoria IV |
| M61 | Wycięcie gruczołu krokowego | Kategoria III |
| M65 | Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn | Kategoria III |

Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M72 - M81)

| | | |
|-----|--|---------------|
| M72 | Wycięcie cewki moczowej | Kategoria III |
| M73 | Operacja naprawcza cewki moczowej | Kategoria III |
| M76 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej | Kategoria IV |
| M81 | Operacje ujścia cewki moczowej | Kategoria V |

Moszna i jądra (N01 - N11)

| | | |
|-----|--|---------------|
| N01 | Wycięcie moszny | Kategoria IV |
| N05 | Obustronne wycięcie jąder | Kategoria III |
| N07 | Wycięcie zmiany w obrębie jądra | Kategoria IV |
| N08 | Obustronna implantacja jąder do moszny | Kategoria III |
| N10 | Proteza jądra | Kategoria IV |
| N11 | Operacja wodniaka jądra | Kategoria IV |

Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N15 - N24)

| | | |
|-----|--|---------------|
| N15 | Operacje najądrza | Kategoria IV |
| N17 | Wycięcie nasieniowodu | Kategoria V |
| N18 | Operacja naprawcza powróżka nasiennego | Kategoria II |
| N19 | Operacja żyłaków powróżka nasiennego | Kategoria IV |
| N22 | Operacje pęcherzyków nasiennych | Kategoria III |
| N24 | Operacje krocza u mężczyzn | Kategoria V |

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 - N30)

| | | |
|-----|----------------------------------|---------------|
| N26 | Amputacja prącia | Kategoria III |
| N27 | Wycięcie zmiany w obrębie prącia | Kategoria IV |
| N28 | Operacja plastyczna prącia | Kategoria IV |
| N29 | Proteza prącia | Kategoria V |
| N30 | Operacje napletka | Kategoria V |

Srom i krocze kobiece (P01 - P11)

| | | |
|-----|---|---------------|
| P01 | Operacje łechtaczki | Kategoria V |
| P03 | Operacje gruczołów Bartholina | Kategoria IV |
| P05 | Wycięcie sromu | Kategoria III |
| P06 | Wycięcie zmiany w obrębie sromu | Kategoria V |
| P07 | Operacja naprawcza sromu | Kategoria V |
| P11 | Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet | Kategoria V |

Pochwa (P14 - P31)

| | | |
|-----|---|--------------|
| P14 | Nacięcie kanału pochwy | Kategoria V |
| P17 | Wycięcie pochwy | Kategoria V |
| P19 | Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych | Kategoria IV |
| P20 | Wycięcie zmiany w obrębie pochwy | Kategoria IV |
| P21 | Operacja plastyczna pochwy | Kategoria V |
| P22 | Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy | Kategoria IV |
| P24 | Operacja naprawcza sklepienia pochwy | Kategoria V |
| P26 | Wprowadzenie pesarium do pochwy | Kategoria V |
| P31 | Operacje zatoki Douglasa | Kategoria V |

Macica (Q01 - Q17)

| | | |
|-----|--|---------------|
| Q01 | Amputacja szyjki macicy | Kategoria IV |
| Q02 | Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy | Kategoria V |
| Q07 | Wycięcie macicy | Kategoria III |
| Q17 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy | Kategoria III |

Jajowód (Q22 - Q32)

| | | |
|-----|---|---------------|
| Q22 | Obustronne wycięcie przydatków macicy | Kategoria III |
| Q23 | Jednostronne wycięcie przydatków macicy | Kategoria IV |
| Q25 | Częściowe wycięcie jajowodu | Kategoria V |
| Q26 | Implantacja protezy jajowodu | Kategoria V |
| Q27 | Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów | Kategoria V |
| Q31 | Nacięcie jajowodu | Kategoria III |
| Q32 | Operacje strzępków jajowodu | Kategoria V |

Jajnik. Więzadło szerokie macicy (Q43 - Q45)

| | | |
|-----|--------------------------------------|---------------|
| Q43 | Częściowe wycięcie jajnika | Kategoria V |
| Q44 | Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika | Kategoria III |
| Q45 | Operacja naprawcza jajnika | Kategoria V |

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 - T15)

| | | |
|-----|---|---------------|
| T01 | Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej | Kategoria II |
| T02 | Odtworzenie ściany klatki piersiowej | Kategoria II |
| T07 | Otwarte wycięcie opłucnej | Kategoria II |
| T08 | Drenaż opłucnej | Kategoria III |
| T10 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej | Kategoria IV |
| T12 | Nakłucie opłucnej | Kategoria V |
| T13 | Wprowadzenie substancji do opłucnej | Kategoria V |
| T15 | Operacja naprawcza pęknięcia przepony | Kategoria I |

Ściana brzucha (T20 - T30)

| | | |
|-----|---|---------------|
| T20 | Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej | Kategoria IV |
| 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 IV |
| T25 | Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej | Kategoria IV |
| T26 | Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej | Kategoria III |
| T27 | Operacja innej przepukliny ściany brzucha | Kategoria IV |
| T29 | Operacje pępka | Kategoria III |
| T30 | Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej | Kategoria IV |

Otrzewna (T33 - T42)

| | | |
|-----|---|---------------|
| T33 | Wycięcie zmiany otrzewnej | Kategoria IV |
| T34 | Drenaż otrzewnej | Kategoria IV |
| T36 | Operacje sieci większej | Kategoria III |
| T37 | Operacje krezki jelita cienkiego | Kategoria III |
| T38 | Operacje krezki okrężnicy | Kategoria III |
| T39 | Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha | Kategoria IV |
| T42 | Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej | Kategoria IV |

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 - T62)

| | | |
|-----|--|--------------|
| T50 | Przeszczep powięzi | Kategoria V |
| T51 | Wycięcie powięzi brzucha | Kategoria V |
| T52 | Wycięcie innej powięzi | Kategoria IV |
| T53 | Wycięcie zmiany w obrębie powięzi | Kategoria V |
| T54 | Rozdzielenie powięzi | Kategoria V |
| T55 | Uwolnienie powięzi | Kategoria V |
| T59 | Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna | Kategoria IV |
| T62 | Operacja kaletki | Kategoria IV |

Ścięgna (T65 - T71)

| | | |
|-----|----------------------------|--------------|
| T65 | Wycięcie ścięgna | Kategoria IV |
| T67 | Operacja naprawcza ścięgna | Kategoria IV |
| T69 | Uwolnienie ścięgna | Kategoria IV |
| T70 | Zmiana długości ścięgna | Kategoria V |
| T71 | Wycięcie pochewki ścięgna | Kategoria IV |

Mięśnie (T76 - T80)

| | | |
|-----|-------------------------------|---------------|
| T76 | Przeszczep mięśni | Kategoria I |
| T77 | Wycięcie mięśnia | Kategoria V |
| T79 | Operacja naprawcza mięśnia | Kategoria III |
| T80 | Uwolnienie przykurczu mięśnia | Kategoria IV |

Układ limfatyczny (T85 - T94)

| | | |
|-----|--|---------------|
| T85 | Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych) | Kategoria III |
| T88 | Drenaż zmiany węzła chłonnego | Kategoria V |
| T89 | Operacje przewodu limfatycznego | Kategoria II |
| T94 | Operacje kieszonki skrzelowej | Kategoria IV |

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 - V20)

| | | |
|-----|---|---------------|
| V01 | Plastyka czaszki | Kategoria II |
| V03 | Otwarcie czaszki | Kategoria I |
| V07 | Wycięcie kości twarzy | Kategoria IV |
| V08 | Nastawienie złamania szczęki | Kategoria IV |
| V09 | Nastawienie złamania innej kości twarzy | Kategoria III |
| V10 | Rozdzielenie kości twarzy | Kategoria III |
| V11 | Stabilizacja kości twarzy | Kategoria IV |
| V14 | Wycięcie żuchwy | Kategoria III |
| V15 | Nastawienie złamania żuchwy | Kategoria IV |
| V16 | Rozdzielenie żuchwy | Kategoria IV |
| V17 | Stabilizacja żuchwy | Kategoria IV |
| V20 | Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego | Kategoria III |

Kości i stawy kręgosłupa (V22 - V46)

| | | |
|-----|--|---------------|
| V22 | Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym | Kategoria I |
| V23 | Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym | Kategoria II |
| V24 | Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym | Kategoria I |
| V25 | Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym | Kategoria I |
| V26 | Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego | Kategoria I |
| V27 | Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku | Kategoria II |
| V29 | Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym | Kategoria I |
| V30 | Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym | Kategoria I |
| V31 | Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym | Kategoria II |
| V32 | Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym | Kategoria I |
| V33 | Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym | Kategoria III |
| V34 | Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym | Kategoria I |
| V37 | Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym | Kategoria I |
| V38 | Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku | Kategoria II |
| V39 | Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy) | Kategoria II |
| V41 | Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych | Kategoria I |
| V43 | Wycięcie zmiany kręgosłupa | Kategoria II |
| V44 | Odbarczenie złamania kręgosłupa | Kategoria II |
| V46 | Stabilizacja złamania kręgosłupa | Kategoria II |

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 - W04)

| | | |
|-----|--------------------------------------|---------------|
| W01 | Całkowita rekonstrukcja kciuka | Kategoria III |
| W03 | Całkowita rekonstrukcja przodostopia | Kategoria III |
| W04 | Całkowita rekonstrukcja tyłostopia | Kategoria III |

Kości (W05 - W35)

| | | |
|-----|--|---------------|
| W05 | Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości | Kategoria III |
| W06 | Całkowite wycięcie kości | Kategoria IV |
| W07 | Wycięcie kości ektopowej | Kategoria V |
| W09 | Wycięcie zmiany w obrębie kości | Kategoria III |

| | | |
|-----|--|---------------|
| W10 | Otwarte chirurgiczne złamanie kości | Kategoria III |
| W12 | Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości | Kategoria III |
| W14 | Rozdzielenie trzonu kości | Kategoria III |
| W15 | Rozdzielenie kości stopy | Kategoria IV |
| W18 | Drenaż kości | Kategoria IV |
| W19 | Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną) | 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 (wewnętrzną) | Kategoria III |
| W25 | Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną | Kategoria III |
| W27 | Stabilizacja oddzielonej nasady kości | Kategoria IV |
| W29 | Wyciąg szkieletowy kości | Kategoria V |
| W34 | Przeszczep szpiku kostnego | Kategoria IV |
| W35 | Terapeutyczne nakłucie kości | Kategoria V |

Operacje dotyczące wielu układów (X01 - X14)

| | | |
|-----|---|---------------|
| X01 | Replantacja kończyny górnej | Kategoria III |
| X02 | Replantacja kończyny dolnej | Kategoria III |
| X03 | Replantacja innego organu | Kategoria III |
| X05 | Wszczepienie protezy kończyny | Kategoria I |
| X07 | Amputacja w zakresie ramienia | Kategoria III |
| X08 | Amputacja ręki | Kategoria IV |
| X09 | Amputacja nogi | Kategoria III |
| X10 | Amputacja stopy | Kategoria IV |
| X11 | Amputacja palucha | Kategoria IV |
| X12 | Operacje w zakresie kikuta po amputacji | Kategoria IV |
| X14 | Amputacja brzuszno-miedniczna | Kategoria II |

OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM OWU/SME10/1/2011

| | | |
|---------|--|----|
| Art. 1 | DEFINICJE | 3 |
| Art. 2 | PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA | 5 |
| Art. 3 | UMOWY DODATKOWE | 5 |
| Art. 4 | WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA | 16 |
| Art. 5 | KARENCA | 17 |
| Art. 6 | ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA | 18 |
| Art. 7 | ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA | 18 |
| Art. 8 | ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY | 18 |
| Art. 9 | PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA | 18 |
| Art.10 | OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA | 19 |
| Art. 11 | OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO | 19 |
| Art. 12 | WYSOKOŚĆ SKŁADKI | 20 |
| Art. 13 | SKŁADKA DODATKOWA | 21 |
| Art. 14 | OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ | 21 |
| Art. 15 | ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI | 21 |
| Art. 16 | ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI | 21 |
| Art. 17 | SUMA UBEZPIECZENIA | 22 |
| Art. 18 | RODZAJE I CEL UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH | 22 |
| Art. 19 | ALOKACJA SKŁADEK | 22 |
| Art. 20 | WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH | 22 |
| Art. 21 | WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA | 23 |
| Art. 22 | WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO | 23 |
| Art. 23 | OPŁATY | 23 |
| Art. 24 | ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ | 23 |
| Art. 25 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO | 23 |
| Art. 26 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR10) | 24 |
| Art. 27 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR10+) | 25 |
| Art. 28 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW10) | 25 |
| Art. 29 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: LHB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SLHB10) | 25 |
| Art. 30 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD10) | 26 |
| Art. 31 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD10) | 26 |

| | | |
|---------|--|----|
| Art. 32 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKAW SZPITALU (KOD: SHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB10) | 26 |
| Art. 33 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: AHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB10) | 27 |
| Art. 34 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB10) | 27 |
| Art. 35 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII MAŁŻONKA (KOD: DSB10) | 28 |
| Art. 36 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR10). | 28 |
| Art. 37 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT10) | 28 |
| Art. 38 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII DZIECKA (KOD: DCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB10) | 28 |
| Art. 39 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCII RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB10) | 29 |
| Art. 40 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBAŁ LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10+). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10) | 29 |
| Art. 41 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB10_B) | 29 |
| Art. 42 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB10_B) | 30 |
| Art. 43 | WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB10) | 30 |
| Art. 44 | INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA | 30 |
| Art. 45 | ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ | 31 |
| Art. 46 | ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ | 31 |
| Art. 47 | WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ | 31 |
| Art. 48 | ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ | 31 |
| Art. 49 | OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ | 32 |
| Art. 50 | ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO | 32 |
| Art. 51 | ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT LUB WYKAŻU UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH I REGULAMINU LOKOWANIA ŚRODKÓW | 32 |
| Art. 52 | PRAWO WŁAŚCIWE | 32 |
| Art. 53 | PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI | 32 |
| Art. 54 | ROZSTRZYGANIE SPORÓW | 32 |
| Art. 55 | POZOSTAŁE POSTANOWIENIA | 32 |
| Art. 56 | WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW | 32 |

ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.



www.ingzycie.pl



info@ingcentrala.pl



801 20 30 40



22 522 71 24