

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA (KOD HR 01/06)

- TEKST JEDNOLITY OBOWIĄZUJĄCY OD DNIA 1 LIPCA 2016 ROKU

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin (kod HR 01/06) - tekst jednolity obowiązujący od dnia 1 lipca 2016 r, postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa świadczenia	Numer zapisu wzorca umowy	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Zgon ubezpieczonego	§ 2 pkt 17), § 22 ust. 1	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 22 ust. 2
Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego	§ 2 pkt 12), 17), § 23 ust. 1 pkt 1), ust. 3-4,	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23 ust. 3-4, § 37 ust. 2 i 4
Zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego	§ 2 pkt 12), § 23 ust. 2 pkt 3), ust. 3-4	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23 ust. 3-4, § 37 ust. 2 i 4
Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 11), 12), § 23 ust. 2 pkt 1	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23, § 37 ust. 2 i 4
Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 12), 17), 31), § 23 ust. 1 pkt 3), ust. 3-4	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23 ust. 3-4, § 37 ust. 2 i 4
Zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 11), 12), 31), § 23 ust. 2 pkt 2), ust. 3-4	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23 ust. 3-4, § 37 ust. 2 i 4
Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	§ 2 pkt 12), 17), 32), § 23 ust. 1 pkt 2), ust. 3-4	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 23 ust. 3-4, § 37 ust. 2 i 4
Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), 17), 25), § 24, § 25	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 24 ust. 4, § 25 ust. 2-4, § 37 ust. 2-4
Trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 11), 12), 25), § 24, § 25	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 24 ust. 4, § 25 ust. 2-4, § 37 ust. 2-4
Trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), 17), 25), § 24, § 25	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 24 ust. 2-4, § 25 ust. 2-4, § 37 ust. 2-4

Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 3), 12), 17), § 28	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 37 ust. 2-4
Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego	§ 2 pkt 3), 12), 17), § 26	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 26 ust. 3-5, § 27, § 37 ust. 2-4
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), 17), 26), § 29	§ 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 37 ust. 2-4
Zgon w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	§ 2 pkt 17) § 30, § 35 pkt 1) i 3)	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 30 ust. 2-3, § 31 § 37 ust. 2 i 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	§ 2 pkt 17), 26), § 32, § 35 pkt 1) i 3)	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 33, § 37 ust. 2 i 3
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	§ 2 pkt 16), § 34, § 35, § 36	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 36, § 37 ust. 2
Poważne zachorowanie małżonka	§ 2 pkt 11), 16), 17), § 34, § 35, § 36	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 36, § 37 ust. 2
Poważne zachorowanie dziecka	§ 2 pkt 16), 17), § 34, § 35, § 36 pkt 4)-9), 18)-20)	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 36, § 37 ust. 2
Leczenia szpitalne ubezpieczonego	§ 2 pkt 4), 12), 17), § 38, § 39, § 40,	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 41
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego	§ 2 pkt 12), 15), 17), § 42	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 44, § 45
Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego	§ 2 pkt 5), 12), 17), § 46 ust. 1-7	§ 14, § 15, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 46 ust. 8, § 47
Zgon współubezpieczonego	§ 2 pkt 11), 12), 14), 19), 24), 30), § 48 ust. 1 i 2	§ 14, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 48 ust. 2 i 3
Urodzenie się dziecka	§ 2 pkt 17), § 49	§ 14, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 49 ust. 2
Wada wrodzona dziecka	§ 2 pkt 17), § 50 ust. 1-5	§ 14, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 50 ust. 6
Urodzenie martwego noworodka	§ 2 pkt 17), § 51	§ 14, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3
Osierocenie dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego	§ 2 pkt 17), § 52 ust. 1	§ 14, § 19 ust. 7-8, § 20 ust. 1 i 3, § 52 ust. 2

SPIS TREŚCI

I.	Postanowienia ogólne	4
II.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
III.	Umowa ubezpieczenia	7
IV.	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
V.	Obejmowanie pracowników ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	8
VI.	Karencja	10
VII.	Obowiązki Ubezpieczającego	11
VIII.	Obowiązki Ubezpieczyciela	12
IX.	Składka ubezpieczeniowa	12
X.	Suma ubezpieczenia oraz zmiana wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej	14
XI.	Zgon Ubezpieczonego	14
XII.	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym oraz wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	14
XIII.	Trwale inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	15
XIV.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego	16
XV.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	17
XVI.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	17
XVII.	Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	18
XVIII.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	19
XIX.	Poważne zachorowanie	20
XX.	Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do roszczeń z tytułu nieszczęśliwego wypadku, całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub krwotoku śródmózgowego	24
XXI.	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego	25
XXII.	Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	28
XXIII.	Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	34
XXIV.	Zgon współubezpieczonego	35
XXV.	Urodzenie się dziecka	36
XXVI.	Wada wrodzona dziecka	36
XXVII.	Urodzenie martwego noworodka	36
XXVIII.	Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	36
XXIX.	Wyplata świadczeń ubezpieczeniowych	37
XXX.	Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	38
XXXI.	Postanowienia końcowe	39

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina.
2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwana jest dalej umową ubezpieczenia.
4. Załącznikiem do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stanowiącymi integralną część umowy ubezpieczenia są Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosowane przez Ubezpieczyciela przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
- 2) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,
- 3) **całkowita, trwała niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca co najmniej przez okres 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód,
- 4) **choroba przewlekła** - stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, w trakcie którego występują okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów,
- 5) **czasowa niezdolność do pracy** - czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego,
- 6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej; jeśli nie umówiono się inaczej datą wymagalności składki jest pierwszy dzień okresu za który składka jest należna,
- 7) **deklaracja zgody** - dokument, w którym osoba wyraża swoją zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, składany Ubezpieczycielowi przez pracownika i przez niego podpisany, wymagany do objęcia go ubezpieczeniem,
- 8) **grupa Ubezpieczonych** - wszyscy pracownicy objęci odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 9) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,
- 10) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia, uwzględniany w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
- 11) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 13) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydzielonym, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonego w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów,

- 14) **ojczym, macocha** - osoba pozostająca w związku małżeńskim z nie pozbawionym władzy rodzicielskiej rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji rodzica) lub z niepozbawionym władzy rodzicielskiej rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka,
- 15) **operacja chirurgiczna** - metoda leczenia polegająca na naruszeniu ciągłości tkanek Ubezpieczonego wykonywana przez fachowy personel medyczny w warunkach szpitalnych (w ramach bloku operacyjnego) w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; z zakresu ochrony wyłącza się wszelkie zabiegi wykonywane w celach diagnostycznych,
- 16) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 17) **pracownik** - osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia wskazuje, że zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa),
- 18) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego,
- 19) **rodzic** - rodzic Ubezpieczonego nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego,
- 20) **składka ubezpieczeniowa** - wymagalna składka opłacana przez Ubezpieczającego za Ubezpieczonego w terminach i wysokości określonej w umowie ubezpieczenia,
- 21) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego,
- 22) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 23) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, z uwzględnieniem kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia,
- 24) **teść** - rodzic małżonka nie pozbawiony władzy rodzicielskiej a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka,
- 25) **trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego** - określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad określonym narządem Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 26) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 27) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem,
- 28) **Ubezpieczony** - osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia,
- 29) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA,
- 30) **współubezpieczony** - osoba, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia,

- 31) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nieszczęśliwy wypadek, w którym:
- Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze (pojęcia „pojazd” i „droga” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym im powszechnie obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym; pojazdem poruszającym się po drodze jest również tramwaj),
 - Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany w szczególności kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu)
- 32) **wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy agencyjnej u Ubezpieczającego, bądź
 - w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy wyłącznie w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę u Ubezpieczającego;
wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Ubezpieczycielowi karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy,
- 33) **zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela** - trwający okresowo, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
- Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego i z zastosowaniem postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, następujące zdarzenia losowe:
 - zgon Ubezpieczonego (objęty zakresem ubezpieczenia w każdym przypadku),
 - zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - zgon małżonka,
 - zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - zgon dziecka,
 - zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon rodzica,
 - zgon teścia,
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
 - całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - poważne zachorowanie małżonka,
 - poważne zachorowanie dziecka,

- 24) leczenie szpitalne Ubezpieczonego,
- 25) czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- 26) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego,
- 27) urodzenie się dziecka,
- 28) urodzenie martwego noworodka,
- 29) wada wrodzona dziecka,
- 30) osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony - do dnia pierwszej rocznicy polisy.
2. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złożą na piśmie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia jej okresu.

§ 6

Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, z zastrzeżeniem postanowień § 7, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia zawierana w drodze negocjacji może przewidywać inną datę jej zawarcia.

§ 7

1. Jeżeli polisa ubezpieczeniowa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od ogólnych warunków ubezpieczenia, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty lub ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
3. W sytuacji określonej w ust. 1, do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
4. W przypadku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczającego postanowień polisy ubezpieczeniowej, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 5.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W razie odstąpienia umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą, okres ochrony ubezpieczeniowej za nierozpoczęty, a Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu opłaconych do daty odstąpienia składek ubezpieczeniowych w pełnej wysokości, chyba że przed złożeniem oświadczenia o odstąpieniu doszło do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.
4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez jaki trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
5. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana na wniosek każdej ze stron umowy ubezpieczenia z miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, jeżeli liczba Ubezpieczonych spadła poniżej 3 osób.
7. Ubezpieczony w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w każdym czasie może złożyć na piśmie oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (wystąpienie z umowy ubezpieczenia) ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym oświadczenie o rezygnacji zostało złożone.

V. OBEJMOWANIE PRACOWNIKÓW UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Osoba będąca pracownikiem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może zostać objęta ubezpieczeniem na poniżej opisanych zasadach.
2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa.
3. Ubezpieczony może zostać objęty umową ubezpieczenia w ramach grupy Ubezpieczonych, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie miał ukończone 15 lat, a nie ukończy 65 roku życia.

§ 10

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych osób, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel podjął decyzję o akceptacji deklaracji zgody, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej zgodnie z datą wymagalności.
2. Warunkiem objęcia pracownika odpowiedzialnością Ubezpieczyciela jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym w dacie wypełniania deklaracji zgody (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia).

3. Ubezpieczyciel ma prawo do ustalenia, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia spełnia definicję pracownika. W tym celu Ubezpieczyciel może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu spełniania definicji pracownika. Nieprzedstawienie przez Ubezpieczającego wymaganych wyjaśnień i dokumentacji w wyznaczonym terminie (nie krótszym niż 7 dni), stanowi podstawę do odmowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej osobie, której dotyczą czynności Ubezpieczyciela.
4. Uprawniony do złożenia deklaracji zgody nie jest pracownik, który przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby.
5. Dokumentem stwierdzającym rozpoczęcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pracownika jest potwierdzenie objęcia umową ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela oraz przekazywane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.
6. Do czasu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela potwierdzonej dokumentem określonym w ust. 5, składki ubezpieczeniowe (za wyjątkiem wpłaty na poczet pierwszej składki) nie są wymagalne. Dokonana wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej będzie potraktowana jako składka ubezpieczeniowa za pierwszy miesiąc odpowiedzialności następujący po podjęciu przez Ubezpieczyciela decyzji o akceptacji deklaracji zgody.
7. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od ubezpieczenia w okresie 30 dni od daty doręczenia mu przez Ubezpieczającego potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia. W razie odstąpienia uważa się, że okres ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do pracownika nie rozpoczął się, a Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu opłaconej do daty odstąpienia składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości, chyba że przed złożeniem oświadczenia o odstąpieniu doszło do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 11

1. Ubezpieczyciel ma prawo do:
 - 1) uzyskania dokumentów potwierdzających strukturę wieku, płci (jako wewnętrznego czynnika aktuarialnego w obliczaniu składek i świadczeń nie powodującego różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych Ubezpieczonych) i zawodów pracowników Ubezpieczającego,
 - 2) uzyskania dokumentów potwierdzających stan zdrowia pracownika oraz spełnianie przez niego definicji pracownika,
 - 3) skierowania pracownika na badania lekarskie, przeprowadzane przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.
2. Koszty badań medycznych zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

§ 12

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz przed zaakceptowaniem deklaracji zgody, dokonuje na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji zgody lub innej dostarczonej dokumentacji, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy pracowników polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia na podstawie zbiorczych danych dotyczących pracowników, w tym struktury wieku, płci i wykonywanych zawodów w grupie pracowników.
3. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danego pracownika polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby obejmowanej ubezpieczeniem, jej statusem majątkowym, wykonywanym przez nią zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
4. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy ubezpieczenie, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danego pracownika odpowiedzialnością Ubezpieczyciela lub zaproponowania pracownikowi objęcia umową ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych.

5. Jeżeli Ubezpieczyciel podejmie decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia pracownika umową ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczający ma prawo do zgłoszenia sprzeciwu w odniesieniu do decyzji Ubezpieczyciela w terminie siedmiu dni od jej doręczenia. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona zgodnie z warunkami wniosku lub ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, w odniesieniu do poszczególnych pracowników jednak nie dojdzie do rezygnacji z objęcia ubezpieczeniem pozostałych pracowników, odpowiedzialność Ubezpieczyciela obowiązuje względem pracowników od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na warunkach wskazanych w zdaniu pierwszym, obowiązuje do czasu uzgodnienia przez strony warunków ubezpieczenia lub rezygnacji z wniosku o objęcie ubezpieczeniem.
7. Jeżeli nie dojdzie do akceptacji deklaracji zgody bądź nie zostaną przyjęte zmienione przez Ubezpieczyciela warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel zwróci dokonaną wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej.
8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 5, umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu, a odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, zgodnie z propozycją Ubezpieczyciela.

§ 13

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, kończy się:
 - 1) z końcem miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynie oświadczenie woli Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia (jeżeli składka opłacana jest za okresy dłuższe niż miesiąc, odpowiedzialność kończy się z ostatnim dniem okresu); rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia składka w grupie Ubezpieczonych - w przypadku ustania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku będącego podstawą objęcia pracownika ubezpieczeniem,
 - 3) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia (w sytuacji opisanej w § 19 ust. 4),
 - 4) po upływie zawieszenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 20 ust. 1 pkt 2), jeżeli opłacanie składek ubezpieczeniowych nie zostało podjęte w wymaganym terminie,
 - 5) w dacie zgonu Ubezpieczonego.
2. Wobec Ubezpieczonego, w stosunku do którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela zakończyła się, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową możliwe jest wyłącznie z zachowaniem postanowień §§ 9-12.
3. W okresie wskazanym w § 19 ust. 7 i w § 20 ust. 1 odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest zawieszona.

VI. KARENCA

§ 14

1. W stosunku do następujących świadczeń, karencja ma zastosowanie bez względu na datę złożenia deklaracji zgody:
 - 1) świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, jeżeli nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 2) świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka i dziecka i czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w § 46 (niespodzowanych nieszczęśliwym wypadkiem) - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 3) świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego niespodzowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 1 miesiąca,

- 4) świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, wady wrodzonej dziecka oraz urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy (karencja opisana w niniejszym punkcie stosowana jest w odniesieniu do osób ubezpieczanych w ramach umowy zawartej na rzecz grupy, w której liczba pracowników w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie przekracza 20).
2. Poza sytuacją opisaną w ust. 1, karencja ma zastosowanie, gdy pracownik złożył deklarację zgody po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia umową ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 (za datę złożenia deklaracji zgody na objęcie umową ubezpieczenia uznaje się dzień jej wpływu do Ubezpieczyciela). W sytuacji opisanej w zdaniu pierwszym karencja stosowana jest dodatkowo w odniesieniu do świadczeń z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego (niespowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem) - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 2) urodzenia się dziecka, wady wrodzonej dziecka, urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy i stosowana jest w sytuacji, gdy w grupie Ubezpieczonych nie jest stosowana karencja wskazana w ust. 1 pkt 4).
3. Datą nabycia uprawnień do objęcia umową ubezpieczenia jest:
 - 1) dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia albo
 - 2) dzień zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego - jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie wystąpienia zdarzenia wskazanego w pkt 1) albo
 - 3) dzień, w którym zaistniało inne zdarzenie, jeśli takie zostało ustalone w umowie ubezpieczenia.
4. Okres karencji, o którym mowa w ust. 1 i 2 liczony jest począwszy od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. W odniesieniu do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka lub dziecka okres karencji liczony jest począwszy od dnia objęcia ubezpieczeniem Ubezpieczonego.
5. Karencja, o której mowa w ust. 1 i 2, nie ma zastosowania w zakresie wskazanym w zdaniu drugim niniejszego ustępu, jeśli pracownik przystępując do ubezpieczenia rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego. Karencji nie stosuje się tylko w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń i wypłacanych z ich tytułu wysokości świadczeń, które były objęte odpowiedzialnością w umowie ubezpieczenia, z obejmowania którą Ubezpieczony rezygnuje.
6. Okres karencji, o którym mowa w ust. 1 i 2 został uwzględniony w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

VII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 15

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty lub przed zawarciem umowy w innych pismach, przez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela). Jeżeli do naruszenia postanowień ustępu poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty objęcia danej osoby ubezpieczeniem.

4. Postanowienia ust. 1 i 3 stosuje się także w odniesieniu do Ubezpieczonego składającego oświadczenia w związku z obejmowaniem umową ubezpieczenia. Trzyletni okres, określony w ust. 3, liczy się w tym przypadku od daty objęcia Ubezpieczonego umową ubezpieczenia.

§ 16

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Ubezpieczycielowi, do daty wymagalności składek ubezpieczeniowych określonej w umowie ubezpieczenia następujących dokumentów:
 - 1) okresowych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych, sporządzanych na formularzu Ubezpieczyciela wraz z informacjami o zaistniałych zmianach w zatrudnieniu,
 - 2) wykazu osób nowo przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami zgody,
 - 3) wykazu osób, które przestały być członkami grupy Ubezpieczonych lub złożyły oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia, wraz z dokumentami wymaganymi przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych oraz o planowanych zmianach.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu pracownikom niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przed złożeniem deklaracji zgody oraz innych dokumentów lub informacji kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela oraz do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonych.
5. W czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, którego pracownicy objęci są ochroną ubezpieczeniową.

VIII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 17

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, którego dotyczy odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą rozpoczęcia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz po spełnieniu dodatkowych przesłanek wynikających z zastosowania wobec Ubezpieczonego karencji bądź zmienionych warunków ubezpieczenia w wyniku oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.

IX. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z jedną z poniższych częstotliwości:
 - 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
2. Ubezpieczający może w każdą rocznicę polisy zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na jednakowym poziomie dla wszystkich lub części grupy Ubezpieczonych, w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, przyjętą przez Ubezpieczyciela poziom ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. W wyniku dokonania przez Ubezpieczyciela oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych może różnić się od ustalonej dla pozostałych Ubezpieczonych.
4. Jeżeli składka ubezpieczeniowa jest ustalana indywidualnie dla Ubezpieczonego, jej wysokość zależy od taryfy ubezpieczeniowej, przyjętego przez Ubezpieczyciela poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz przyjętych wysokości i rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych obejmowanych ochroną.

§ 19

1. W dacie składania przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie na życie, Ubezpieczający jest zobowiązany do dokonania wpłaty na poczet pierwszych składek ubezpieczeniowych.
2. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane do daty z którą stają się one wymagalne.
3. W przypadku niedotrzymania terminu płatności, określonego w ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego wraz ze wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącego 14 dni pod rygorem uznania umowy ubezpieczenia, za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z ostatnim dniem dodatkowego terminu uregulowania należności ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacono składkę ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie zaległe składki zostaną opłacone przed datą rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Ubezpieczyciel może, w miejsce rozwiązania umowy ubezpieczenia z powodu niedotrzymania terminu płatności składki ubezpieczeniowej, wyłączyć z ubezpieczenia tych Ubezpieczonych, za których nie opłacono składki ubezpieczeniowej. Wyłączenie Ubezpieczonych z ubezpieczenia, bez rozwiązywania umowy ubezpieczenia, nastąpi w sytuacji, gdy możliwe będzie wskazanie Ubezpieczonych, za których nie opłacono składki ubezpieczeniowej.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą w dniu wpłynięcia na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Do dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej Ubezpieczający przesyła Ubezpieczycielowi dokumenty o których mowa w § 16 ust. 2 potrzebne do weryfikacji osób objętych ubezpieczeniem za które opłacana jest składka ubezpieczeniowa. Okres weryfikacji składki nie może trwać dłużej niż 5 dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, chyba że opóźnienie wynika z przyczyn, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.
6. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego składki za Ubezpieczonego, który przestał być członkiem grupy Ubezpieczonych, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.
7. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w ust. 2 powyżej, Ubezpieczyciel zawiesza obowiązywanie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych, za których nie została opłacona składka, do daty uregulowania należności lub rozwiązania umowy ubezpieczenia.
8. Jeżeli kwota opłacona przez Ubezpieczającego nie odpowiada sumie składek ubezpieczeniowych wymagalnych za wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem (zgodnie z aktualnymi danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentów otrzymanych od Ubezpieczającego), Ubezpieczyciel uznaje iż nie została opłacona składka ubezpieczeniowa za wszystkich Ubezpieczonych, a ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu zgodnie z postanowieniami ust. 7.

§ 20

1. Opłacanie składki ubezpieczeniowej może być zawieszona:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego - na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy (okres liczony jest jako krotność okresów, za które opłacane są składki ubezpieczeniowe), jeżeli zawieszenie płatności będzie dotyczyło wszystkich Ubezpieczonych; ponowne zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych na wniosek Ubezpieczającego może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego opłacania składek,
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego potwierdzony przez Ubezpieczającego - jeżeli zawieszenie płatności następuje na skutek urlopu wychowawczego, urlopu bezpłatnego Ubezpieczonego, bądź odbywania służby wojskowej; zawieszenie obowiązuje nie dłużej niż do końca miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustala przyczyna zawieszenia; jeżeli data, o której mowa w zdaniu poprzednim nie przypada w dniu zakończenia okresu, za który opłacana jest składka ubezpieczeniowa, koniec okresu zawieszenia następuje wraz z upływem okresu, za który zostały opłacone ostatnie składki ubezpieczeniowe za grupę Ubezpieczonych; wznowienie opłacania składek ubezpieczeniowych następuje po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym przedmiocie.
2. Wraz z zakończeniem okresu zawieszenia opłacania składek składka ubezpieczeniowa staje się ponownie wymagalna.
3. W okresie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych zawieszona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela. Podjęcie opłacania składek ubezpieczeniowych, zgodnie z postanowieniami ust. 1 pkt 1) i 2), skutkuje przywróceniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela od daty zakończenia okresu zawieszenia.

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

§ 21

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczającemu za zgodą Ubezpieczonych przysługuje prawo do wnioskowania o podwyższenie kwot świadczeń ubezpieczeniowych oraz składki ubezpieczeniowej.
3. W przypadku pisemnego wyrażenia przez Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczonych, nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy, woli dokonania zmiany warunków ubezpieczenia, proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku w dniu rocznicy polisy pod warunkiem jej zaakceptowania przez Ubezpieczyciela.

XI. ZGON UBEZPIECZONEGO

§ 22

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

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

§ 23

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

XIII. TRWAŁE INWALIDZTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 24

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonej w umowie ubezpieczenia kwoty świadczenia:
 - 1) z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpieczonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły - 25 roku życia.
3. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:
 - 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad następującymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
 - 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty wypadku.

§ 25

1. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, przypisany poniżej do danego zdarzenia procent sumy ubezpieczenia:

1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent sumy ubezpieczenia
a)	kończyną górną - w stawie barkowym	70%
b)	kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
c)	kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
d)	kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
e)	kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
g)	kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%
h)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata:	Procent sumy ubezpieczenia
a)	kciuka	15%
b)	palca wskazującego	10%
c)	innego palca u ręki	5%
d)	palucha	5%
e)	innego palca u stopy	2%

3) Całkowita utrata:	Procent sumy ubezpieczenia
a) wzroku w obu oczach	100%
b) wzroku w jednym oku	50%
c) słuchu w obu uszach	60%
d) słuchu w jednym uchu	30%
e) węchu	10%

- Jeżeli trwałe inwalidztwo, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w § 24 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie kwot określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
- Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w ust. 2 w okresie obejmowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie może przekroczyć, w odniesieniu do każdej z osób objętych odpowiedzialnością, 100% sumy ubezpieczenia.
- Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o kwotę świadczenia wcześniej wypłaconego.

XIV. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 26

- Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
- Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy w pełnej wysokości, o ile wśród normalnych przyczyn powstania tej niezdolności nie występują uszkodzenia ciała zaistniałe jako skutek innego nieszczęśliwego wypadku, z powodu którego zostało wcześniej wypłacone przez Ubezpieczyciela świadczenie. W pozostałych przypadkach, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy pomniejszone o wypłaconą wcześniej kwotę takiego świadczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.
- W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 65 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

§ 27

- W okresie 24 miesięcy od daty objęcia pracownika ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy całkowitej trwałej niezdolności do pracy będącej następstwem:
 - nieszczęśliwych wypadków zaistniałych przed objęciem pracownika Ubezpieczeniem,
 - chorób zdiagnozowanych lub leczonych (o ile wcześniej zostały również zdiagnozowane), w okresie 12 miesięcy przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
- Postanowienia ust. 1 powyżej odnoszą się do następujących chorób zdiagnozowanych lub leczonych przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową: nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, choroba niedokrwienności serca, zawał serca, każda kardiomiopatia, każda wada serca, każdy tętniak, udar mózgu, każda choroba krwi, cukrzyca, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, niewydolność nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc, stan padaczkowy, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, zakażenie wirusem HIV, choroba AIDS,

- zaburzenie psychiczne (zaburzenie psychiczne z udokumentowaną próbą samobójczą, schizofrenia, psychoza, zaburzenie psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych), każda choroba genetyczna lub choroba zawodowa.
- Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie przekroczy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
 - Ograniczenia, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy (spowodowanej zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem).

XV. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 27

- Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
- Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.
- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XVI. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 29

- W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
- Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczone bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez komisję lekarską, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.
- Do określania procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu lekarz orzecznik oraz komisja lekarska stosują Zasady oceny ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązujące u Ubezpieczyciela.
- Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.
- Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie, wypłacane jest za każdy procent tego uszczerbku.
- Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
- Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

9. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, wypłaci bezsporną część świadczenia w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ono należne, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
10. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 9, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.
11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.

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

§ 30

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu rozumiane są zgodnie z ich definicjami wskazanymi w § 35 pkt 1) i 3), z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia nastąpi również w przypadku zgonu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu potwierdzony badaniem sekcyjnym.
3. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu a zgonem musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

§ 31

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego albo udaru mózgu, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu wystąpiły w normalnym związku przyczynowo - skutkowym z następującymi chorobami: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, choroba niedokrwienna serca, jakakolwiek kardiomiopatia, wada wrodzona serca lub tętniak, które to choroby zostały zdiagnozowane lub były leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane) w okresie 3 lat przed objęciem ochroną ubezpieczeniową. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do skutków zawału mięśnia sercowego lub udarów mózgu określone są w § 37.
2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
3. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu zgonu w następstwie zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu.

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

§ 32

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego w rozumieniu § 35 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie świadczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Za krwotok śródmózgowy uznaje się wyłącznie wylew krwi do mózgu niszczący utkanie tego narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone objawy mózgowo związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 nie może być wyższy niż 100%.
4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego.
5. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczony bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez komisję lekarską, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.
7. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu lekarz orzecznik oraz komisja lekarska stosują Zasady oceny ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązujące u Ubezpieczyciela.
8. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
10. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, wypłaci bezsporną część świadczenia w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ono należne, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
11. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu został określony zgodnie z zasadami wskazanymi powyżej w ust. 10, późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego (polepszenie lub pogorszenie) nie ma wpływu na wysokość świadczenia.
12. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

§ 33

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego albo krwotoku śródmózgowego, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu wystąpiły w normalnym związku przyczynowo - skutkowym z następującymi chorobami: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, które to choroby zostały zdiagnozowane lub były leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane) w okresie 3 lat przed objęciem ochroną ubezpieczeniową. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do skutków zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego określone są w § 37.
2. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
3. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenie z tytułu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego i krwotoku śródmózgowego.

XIX. POWAŻNE ZACHOROWANIE

§ 34

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:
 - 1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka,
 - 2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka w wieku od 1 roku do 18 lat (odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego).
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.
4. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w zakresie podstawowym, w zakresie rozszerzonym lub w zakresie maksymalnym.
5. W odniesieniu do świadczeń z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego i małżonka obowiązuje ten sam zakres poważnych zachorowań za wyjątkiem zakresu maksymalnego, który dotyczy wyłącznie Ubezpieczonego (małżonek obejmowany jest wówczas ubezpieczeniem w zakresie rozszerzonym).
6. W ramach zakresu podstawowego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-6).
7. W ramach zakresu rozszerzonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-12)
8. W ramach zakresu maksymalnego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 1)-18).
9. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 35 pkt 4)-9) i 18)-20).

§ 35

Za poważne zachorowanie, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków uważa się:

- 1) **zawał mięśnia sercowego** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,

- c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
 - d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (według pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia).
- 2) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** - wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłonkowej.
- 3) **udar mózgu** - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:
- a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym.
- Wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg wskazany w niniejszym zdaniu nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu).
- 4) **nowotwór złośliwy** - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek. Pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina). Klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 5) **niewydolność nerek** - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki.
- 6) **przeszczep narządu** - leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza.
- 7) **utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego.
- 8) **paraliż** - całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia.
- 9) **poparzenie** - oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała.
- 10) **stwardnienie rozsiane** - stwardnienie rozsiane musi być jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego. Zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi. Dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej.
- 11) **przeszczep zastawki serca** - chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca. Pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
- a) walwuloplastyka,

- b) walwulotomia,
c) komisurotomia.
- 12) **operacja aorty** - leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu. Pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień. Urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności.
- 13) **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata mowy w wyniku choroby lub urazu. Utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakakolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy.
- 14) **śpiączka** - stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni.
- 15) **utrata słuchu** - obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakakolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu.
- 16) **utrata kończyn** - całkowita i trwała utrata funkcji lub całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
- 17) **łagodny guz mózgu** - obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR).
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.
- 18) **zapalenie wątroby** (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby) - rozległa martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:
a) gwałtowne zmniejszenie masy wątroby,
b) rozległa martwica rozplywna,
c) nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby,
d) narastająca żółtaczka.
Nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłącznie zakażenie wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela
- 19) **oponiak mózgu** - guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego.
- 20) **zapalenie mózgu** - ostra choroba zapalna mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych (uszkodzenia struktury mózgu). Wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.

§ 36

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpoczął się odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności obejmował wystąpienie przynajmniej czterech z poważnych zachorowań wskazanych w § 35 pkt 1)-6).
3. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie będzie objęty małżonek, który ma ukończone 50 lat w roku kalendarzowym, w którym:
 - 1) rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego lub
 - 2) osoba ta stanie się małżonkiem Ubezpieczonego - jeżeli zawarcie związku małżeńskiego miało miejsce po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
4. W rocznicę polisy w roku, w którym osoba objęta odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania kończy 60 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka ulega ograniczeniu:
 - 1) w ramach zakresu podstawowego - wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek oraz przeszczepu narządu,
 - 2) w ramach zakresu rozszerzonego - wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu oraz poparzenia,
 - 3) w ramach zakresu maksymalnego - wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu, poparzenia oraz utraty kończyn, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej
5. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby tego rodzaju zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, będących w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z zachorowaniem, z tytułu którego wypłacono wcześniej świadczenie, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
6. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonek albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
7. Jeżeli odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania nie jest obejmowany Ubezpieczony, ubezpieczeniem nie może być objęte świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka lub dziecka.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, które zostały zdiagnozowane przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania (w tym przed końcem okresu karencji) oraz poważnych zachorowań wynikających z chorób, które były zdiagnozowane lub leczone (o ile zostały wcześniej zdiagnozowane) w okresie 3 lat przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poważnych zachorowań określone są w § 37.
9. Postanowienia ust. 8 odnoszą się do następujących chorób:
 - 1) zawału serca, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, kardiomiopatii każdego typu - w przypadku zawału mięśnia sercowego oraz operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych (by-pass);
 - 2) udaru mózgu każdej etiologii, cukrzycy, tętniaka, nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków - w przypadku udaru mózgu;
 - 3) nowotworu złośliwego lub stwierdzenia występowania komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych), o budowie znacznie odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek - w przypadku nowotworu złośliwego;
 - 4) kłębuszkowego zapalenia nerek, stwardnienia naczyniowego nerek, torbielowatość nerek, tocznia rumieniowatego - w przypadku niewydolności nerek;
 - 5) każdej wady serca, każdej kardiomiopatii, marskości wątroby, zespołu jelita krótkiego, białaczki, szpiczaka, niewydolności nerek - w przypadku przeszczepu narządu;
 - 6) jaskry, guza pozagałkowego, guza przysadki mózgowej - w przypadku utraty wzroku;
 - 7) każdego guza CUN, udaru mózgu, choroby Parkinsona, stwardnienia rozsianego - w przypadku paraliżu;
 - 8) każdej wady zastawkowej serca, miażdżycy naczyń - w przypadku przeszczepu zastawki serca;

- 9) wad wrodzonych serca, tętniaka, miażdżycy naczyń - w przypadku operacji aorty;
- 10) udaru mózgu, guza mózgu, - w przypadku utraty mowy;
- 11) udaru mózgu, guza mózgu, cukrzycy, marskości wątroby - w przypadku śpiączki;
- 12) guza mózgu, nowotworu ucha - w przypadku utraty słuchu;
- 13) miażdżycy naczyń, cukrzycy - w przypadku utraty kończyn;
- 14) guza mózgu - w przypadku łagodnego guza mózgu.

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

§ 37

1. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 stosowane są w odniesieniu do świadczeń z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego lub małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 5) zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
 - 8) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
 - 9) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 1, jeśli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, przez stan nietrzeźwości rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - 9) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego lub małżonka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
 - 10) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - 11) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

3. W przypadku zgonu osoby objętej ubezpieczeniem wskutek zdarzenia, z powodu którego należne było Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe dotyczące tej osoby:
 - 1) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego),
 - 2) z tytułu trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z tytułu niezdolności do pracy (również w następstwie nieszczęśliwego wypadku), wypłaty świadczeń wynikających ze zgonu zostaną pomniejszone o kwoty świadczeń ubezpieczeniowych wcześniej należnych. Postanowienia zdania pierwszego stosuje się, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty zdarzenia, o którym mowa powyżej. Jeżeli kwota świadczeń należnych wcześniej przewyższa sumę świadczeń z tytułu zgonu, wypłata z tytułu zgonu nie jest należna.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dotyczącego skutków nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane:
 - 1) chorobą, w tym występującą nagle, to jest: zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym lub jeżeli zdarzenie nastąpiło w wyniku normalnych następstw: AIDS lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu),
 - 2) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu oraz krwotoku śródmózgowego, poza przypadkami określonymi w ust. 1, także w przypadkach określonych w § 31 ust. 1 i § 33 ust. 1.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka i dziecka, poza przypadkami określonymi w ust. 1, także w przypadkach określonych w § 36 ust. 5 oraz 8 i 9.

XXI. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§ 38

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.
2. W ramach zakresu podstawowego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 39 ust. 1-2.
3. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zakresu podstawowego wyłącznie do pobytów w szpitalu spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
4. W ramach zakresu rozszerzonego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 39 ust. 1-4.

§ 39

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

3. Jeżeli w okresie pobytu w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na OIOM dodatkowo świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni takiego pobytu. W przypadku pobytu na OIOM, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończył po zakończeniu ochrony, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe także za okres po zakończeniu ochrony, maksymalnie za 14 dni. Świadczenie dodatkowe z tytułu pobytu na OIOM przysługuje pod warunkiem i wyłącznie za okres, za który należne jest jednocześnie świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym pobytem w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 41 ust. 4. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie pobyt w szpitalu.
5. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
6. Wysokość należnego świadczenia jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu pobytu w szpitalu lub w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w ust. 4.

§ 40

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu płatne jest za okres od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile pobyt ten rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.
3. Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.
4. Świadczenie, o którym mowa w § 39 ust. 4, będzie należne, jeżeli:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie ubezpieczeniowe,
oraz
 - 2) co najmniej 30 dni czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Dzielne świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, o którym mowa § 39 ust. 1 i 2, wypłacane jest maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w każdym roku polisowym. W przypadku pobytów w szpitalu, które rozpoczęły się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela a zakończyły się po zakończeniu ochrony lub w przypadku kontynuowania ubezpieczenia - w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczyciel wypłaci należne dziennie świadczenie szpitalne za cały okres pobytu w szpitalu, maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu. Niezależnie od uprawnienia do świadczenia za pobyt w szpitalu kontynuowany w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczonemu przysługuje w takim roku polisowym także świadczenie za kolejny pobyt w szpitalu, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
6. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem Ubezpieczonemu dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego pobytu upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 5, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.
7. Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 6, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł, o ile na podstawie otrzymanej dokumentacji ubezpieczeniowej nie jest możliwe ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. W każdym roku (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą.

9. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
10. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).
11. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

§ 41

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie jest objęta pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będący normalnym następstwem:
 - 1) chorób zdiagnozowanych lub leczonych (o ile zostały wcześniej zdiagnozowane), będących przedmiotem leczenia szpitalnego w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem lub w dacie objęcia ubezpieczeniem; po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia obejmującego świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia szpitalnego przed objęciem ubezpieczeniem
 - 2) wad wrodzonych lub ich następstw,
 - 3) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) diagnozowania i leczenia bezpłodności,
 - 5) leczenia lub zabiegów dentystrycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 6) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,
 - 7) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,
 - 8) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego ze szpitala na własne żądanie,
 - 9) potwierdzonego badaniami diagnostycznymi pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia szpitalnego Ubezpieczony odmówił w ostatnich trzech latach przed objęciem ubezpieczeniem,
 - 10) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 11) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
 - 12) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 13) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 14) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, przez stan nietrzeźwości rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - 15) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - 16) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 17) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień, o ile to miało wpływ na zajście zdarzenia,
 - 18) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

2. Ubezpieczyciel nie uzna pobytu w szpitalnym jeżeli leczenie miało miejsce w domu opieki, ośrodku dla psychicznie chorych, hospicjum onkologicznym, ośrodku leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodku rekonwalescencyjnym, uzdrowiskowym, sanatoryjnym, ośrodku wypoczynkowym, szpitalu rehabilitacyjnym, szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennego pobytu, jak również ośrodkach rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego oraz w przypadku leczenia w trybie domowej opieki pielęgniarstwa.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu jeżeli w karcie leczenia szpitalnego - jako rozpoznana choroba zasadnicza, choroba współistniejąca lub powikłanie - wskazane zostały przez lekarza prowadzącego:
 - 1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, choroba weneryczna,
 - 2) zaburzenie psychiczne lub choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, upośledzenia umysłowego.
4. Ubezpieczyciel nie uzna pobytu w szpitalu za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną pobytu nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) choroby, w tym występującej nagle, to jest: zawałem serca, udarem mózgu,
 - 2) wystąpienia przepukliny (w miejscach typowych: pachwinowa, brzuszna) do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,
 - 3) dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miazdżystego do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia,
 - 4) czynników chorobotwórczych pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 42

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.

XXII. OPERACJA CHIRURGICZNA UBEZPIECZONEGO

§ 43

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela do operacji chirurgicznych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Wysokość świadczenia zależna jest od zakwalifikowania danej operacji chirurgicznej do grupy, której w umowie ubezpieczenia przyporządkowana jest kwota świadczenia (oznaczenie grupy do której należy dana operacja zamieszczone jest przy każdej operacji chirurgicznej wymienionej w ust. 4).
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych w poniżej liście:

OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

1. Operacje mózgu, malformacji tętniczych i opon mózgowych - grupa 4
2. Wewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych - grupa 4
3. Zewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych - grupa 3
4. Operacje tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła naczynia - grupa 3

5. Operacje ewakuacji krwiaków śródczaszkowych bez naruszania struktury mózgu - grupa 2
6. Operacje rdzenia kręgowego i innych struktur wewnątrz kanału kręgowego - grupa 4
7. Operacje wszczepienia implantu kręgowego - grupa 4
8. Operacje stabilizacji kręgosłupa - grupa 3
9. Operacje dysków międzykręgowych odcinka szyjnego kręgosłupa - grupa 3
10. Operacje dysków międzykręgowych odcinka piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa - grupa 2
11. Sympatektomia szyjna - grupa 3
12. Naprawcze operacje mikrochirurgiczne nerwów obwodowych - grupa 2
13. Inne operacje nerwów obwodowych - grupa 1

OPERACJE OKULISTYCZNE

1. Operacje nowotworu złośliwego oczodołu i gałki ocznej - grupa 4
2. Przeszczep rogówki - grupa 3
3. Operacje wyluszczenia gałki ocznej- grupa 3
4. Operacje po urazach gałki ocznej - grupa 2
5. Operacyjne leczenie jaskry, zaćmy, odklejenia siatkówki za wyjątkiem operacji laserowych - grupa 2
6. Operacyjne leczenie laserem - grupa 1
7. Operacje w obrębie oczodołu w tym: wycięcie zmiany, zabiegi na gruczole łzowym i drogach łzowych oraz operacje mięśni okoruchowych - grupa 1
8. Operacje wszczepienia protezy gałki ocznej - grupa 1

OPERACJE OTOLARYNGOLOGICZNE

1. Operacje ślimaka - grupa 4
2. Operacje ucha wewnętrznego - grupa 3
3. Operacje ucha środkowego - grupa 2
4. Operacje ucha zewnętrznego - grupa 1
5. Operacje zatok z wyjątkiem punkcji zatok - grupa 1
6. Operacje naprawcze nosa i przegrody nosowej - grupa 1
7. Operacje usunięcia nosa - grupa 3
8. Operacje wycięcia zmiany nie nowotworowej w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła -grupa 1
9. Operacje wycięcia zmiany nowotworowej w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła - grupa 2
10. Wycięcie krtani - grupa 4
11. Operacje wycięcia języka - grupa 4

OPERACJE W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ

1. Przeszczep serca - grupa 4
2. Otwarte operacje struktur serca (wykonywane z koniecznością otwarcia klatki piersiowej) - grupa 4
3. Operacje struktur serca wykonywane od strony jam serca - grupa 3
4. Operacyjne leczenie choroby wieńcowej (by-pass) - grupa 4
5. Operacje udrażniania tętnic wieńcowych wykonywane od strony światła naczynia - grupa 2
6. Operacje wszczepienia stałego rozrusznika serca - grupa 2
7. Operacje wycięcia osierdzia - grupa 4
8. Inne operacje osierdzia - grupa 1
9. Operacje częściowego wycięcia tchawicy - grupa 4
10. Otwarte operacje naprawcze tchawicy - grupa 2
11. Operacje założenia stałej tracheostomii - grupa 1

12. Operacje częściowego wycięcia oskrzela - grupa 3
13. Operacje endoskopowe dróg oddechowych (nie obejmuje procedur diagnostycznych i usunięcia ciała obcego bez nacięcia) - grupa 2
14. Przeszczep płuca - grupa 4
15. Operacje resekcyjne płuca - grupa 4
16. Operacje śródpiersia - grupa 3
17. Otwarte operacje wycięcia opłucnej - grupa 3
18. Operacje endoskopowe jamy opłucnowej - grupa 2
19. Nakłucie jamy opłucnowej - grupa 1
20. Operacje resekcyjne i rekonstrukcyjne ściany klatki piersiowej - grupa 3
21. Operacje naprawcze pękniętej przepony - grupa 2

OPERACJE UKŁADU NACZYNIOWEGO

1. Otwarte operacje dużych naczyń tętniczych, w tym aorty i jej odgałęzień, tętnicy płucnej i tętnicy szyjnej - grupa 4
2. Operacje dużych naczyń tętniczych, w tym aorty i jej odgałęzień, tętnicy płucnej i tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła naczynia - grupa 3
3. Otwarte operacje żyły głównej, żyły płucnej, żyły wrotnej i jej odgałęzień - grupa 4
4. Operacje żyły głównej, żyły płucnej, żyły wrotnej i jej odgałęzień wykonywane od strony światła naczynia - grupa 3
5. Operacje innej tętnicy - grupa 2
6. Operacje innego naczynia żylnego - grupa 2
7. Operacje doszczętnego blokowego wycięcia węzłów chłonnych - grupa 3
8. Operacje przewodu limfatycznego - grupa 3
9. Operacje drenażu zmiany węzła chłonnego - grupa 2

OPERACJE SUTKA

1. Operacje całkowitego wycięcia nowotworu złośliwego sutka (mastektomia radykalna) - grupa 4
2. Oszczędzające operacje usunięcia nowotworu złośliwego sutka (mastektomia częściowa) grupa - 2
3. Operacje rekonstrukcyjne sutka - grupa 2
4. Operacje usunięcia zmiany nie nowotworowej sutka grupa - 1

OPERACJE HEPATOGASTROENTEROLOGICZNE

1. Operacyjne leczenie nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego - grupa 4
2. Operacje całkowitego wycięcia przełyku i żołądka - grupa 4
3. Operacje częściowego wycięcia przełyku i żołądka - grupa 2
4. Otwarte operacje antyrefluksowe - grupa 2
5. Otwarte operacje plastyczne żołądka - grupa 2
6. Operacje całkowitego i częściowego wycięcia trzustki - grupa 4
7. Inne operacje trzustki - grupa 2
8. Przeszczep wątroby - grupa 4
9. Operacje częściowego wycięcia wątroby - grupa 3
10. Operacje naprawcze wątroby - grupa 2
11. Operacje pęcherzyka żółciowego - grupa 2
12. Endoskopowe operacje dróg żółciowych i przewodu trzustkowego - grupa 2
13. Operacje wycięcia śledziony - grupa 2
14. Operacje jelit z utworzeniem stałego sztucznego odbytu - grupa 4
15. Operacje jelit - grupa 2

16. Operacyjne usunięcie wyrostka robaczkowego lub uchyłka Meckela grupa - 1
17. Operacyjne usunięcie guzków krwawniczych odbytu - grupa 1
18. Endoskopowe operacje przewodu pokarmowego - grupa 1

OPERACJE UROLOGICZNE

1. Operacje nowotworów nerki i dróg moczowych - grupa 4
2. Przeszczep nerki - grupa 4
3. Operacje usunięcia obu nerek - grupa 4
4. Operacje nerki - grupa 2
5. Operacje dróg moczowych, za wyjątkiem usuwania złogów - grupa 2
6. Operacje usunięcia złogów dróg moczowych - grupa 1
7. Operacje całkowitego wycięcia pęcherza moczowego - grupa 4
8. Operacje nowotworu złośliwego jądra - grupa 4
9. Amputacja prącia - grupa 4
10. Operacje usunięcia jąder - grupa 4
11. Operacje jądra - grupa 2
12. Operacje najądrza i powrózka nasiennego - grupa 2
13. Operacje napletka, prącia, moszny - grupa 1

OPERACJE PROSTATY

1. Operacje prostaty - grupa 2
2. Operacje radykalnego wycięcia prostaty - grupa 4

OPERACJE GINEKOLOGICZNE

1. Operacyjne leczenie nowotworów złośliwych macicy i jajników - grupa 4
2. Operacje całkowitego wycięcia przydatków i macicy - grupa 4
3. Otwarte operacje macicy - grupa 3
4. Operacje całkowitego wycięcia macicy - grupa 3
5. Operacje całkowitego wycięcia przydatków - grupa 3
6. Operacje przydatków - grupa 2
7. Laparoskopowe operacje ginekologiczne - grupa 2
8. Operacje w obrębie sromu i krocza, szyjki macicy - grupa 1
9. Operacje w obrębie pochwy i szyjki macicy - grupa 1
10. Operacje w obrębie jamy macicy - grupa 1
11. Operacyjne rozwiązanie ciąży - grupa 1

CHIRURGIA URAZOWA I ORTOPEDYCZNA

1. Amputacja kończyny górnej powyżej stawu łokciowego - grupa 3
2. Amputacja kończyny górnej poniżej stawu łokciowego - grupa 2
3. Amputacja kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego - grupa 3
4. Amputacja kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego - grupa 2
5. Amputacja palców - grupa 1
6. Operacyjne wszczępienie endoprotezy dużego stawu - grupa 3

7. Leczenie operacyjne z użyciem materiałów stabilizujących - grupa 2
8. Operacje kości i stawów - grupa 2
9. Operacje artroskopowe - grupa 1

OPERACJE SKÓRY I TKANEK MIĘKKICH

1. Operacje przeszczepu skóry - grupa 2
2. Operacje wprowadzenia ekspandera pod skórę - grupa 1
3. Operacje przepuklin, w tym pępkowej, pachwinowej, udowej, mosznowej - grupa 1
4. Operacje nawrotowych przepuklin, w tym pępkowej, pachwinowej, udowej, mosznowej - grupa 2
5. Operacje usunięcia zmiany otrzewnej i drenaż otwarty jamy otrzewnej - grupa 2
6. Operacje sieci, krezki jelita cienkiego, krezki okrężnicy - grupa 2
7. Operacje ścięgna - grupa 1
8. Operacje mięśnia, w tym wycięcie, przeszczep, operacje naprawcze i uwolnienie przykurczu (z wyjątkiem prostego szycia mięśnia) - grupa 1
9. Operacyjne leczenie nowotworu skóry (czerniaka) - grupa 4

INNE OPERACJE

1. Operacje nowotworu złośliwego tarczycy - grupa 4
2. Operacje całkowitego wycięcia tarczycy - grupa 3
3. Operacje usunięcia zmiany w obrębie tarczycy - grupa 2
4. Operacje gruczołów wydzielania wewnętrznego - grupa 2
5. Laparotomia i laparoscopia zwiadowcza - grupa 1

§ 44

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta operacja chirurgiczna, która nastąpiła w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile zostały wcześniej zdiagnozowane) w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem dla której dana operacja chirurgiczna jest powszechnie przyjętą, zgodnie z zaleceniami lekarskimi, metodą leczenia; po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia obejmującego świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia,
 - 2) wad wrodzonych lub ich następstw
 - 3) leczenia i zabiegów dentystrycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 4) badań diagnostycznych,
 - 5) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,
 - 6) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 7) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
 - 8) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 9) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

- 10) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu, przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, przez stan nietrzeźwości rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - 11) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej lub umyślnego samookaleczenia ciała bądź usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - 12) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 13) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień, o ile to miało wpływ na zajście zdarzenia,
 - 14) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu operacji chirurgicznej, jeżeli w karcie leczenia szpitalnego - jako rozpoznana choroba zasadnicza, choroba współistniejąca lub powikłanie - wskazane zostały przez lekarza prowadzącego:
 - 1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, choroba weneryczna,
 - 2) zaburzenie psychiczne lub choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, upośledzenia umysłowego
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:
 - 1) operacji lub zabiegów w których Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) operacji zmiany pęci,
 - 4) zabiegów ginekologicznych typu: wyżeczkowanie jamy macicy, założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy, usunięcie polipa z szyjki macicy, nacięcia gruczołu Bartholina.
 4. Ubezpieczyciel uznaje za jedną operację chirurgiczną kolejne etapy leczenia obejmujące standardowo wykonywane procedury chirurgiczne prowadzące do wyleczenia tej samej jednostki chorobowej oraz kolejne operacje chirurgiczne wykonywane w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, mające związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).
 5. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną jednak nie więcej niż kwotę świadczenia przewidzianego dla operacji z grupy 4.
 6. Świadczenie z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w czasie wykonywania operacji zmarł.
 7. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w danym roku trwania ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 4. Ostatnim dniem roku trwania ubezpieczenia jest zawsze dzień poprzedzający rocznicę polisy.
 8. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć dwukrotności świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 4. Ograniczenie wskazane w zdaniu pierwszym nie dotyczy sytuacji, gdy kwoty świadczeń przekraczające wskazany powyżej limit wypłacane będą z tytułu operacji chirurgicznych będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wypłat świadczeń przed przekroczeniem limitu.
 9. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat zakres odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
 10. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu operacji chirurgicznej będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 2, 7 i 8, zostanie wypłacone jeżeli operacja chirurgiczna nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 45

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu operacji chirurgicznych, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznych.

XXIII. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 46

1. Za dzień czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu niezdolności do pracy.
3. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności.
4. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest najdłużej za 150 dni czasowej niezdolności do pracy za każdy rok polisowy. W przypadku czasowej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończyła się po zakończeniu ochrony lub w przypadku kontynuowania ubezpieczenia - w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie za cały okres nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie za okres 150 dni. Niezależnie od uprawnienia do świadczenia za czasową niezdolność do pracy kontynuowaną w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczonemu przysługuje w takim roku polisowym także świadczenie za czasową niezdolność do pracy, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
6. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 60 lat zakres odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpi przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego będąca normalnym następstwem:
 - 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, przez stan nietrzeźwości rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,

- 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - 9) obrażeń ciała doznanych przed datą przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 10) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, o ile to miało wpływ na zajście zdarzenia
 - 11) wad wrodzonych lub ich następstw,
 - 12) diagnozowania i leczenia bezpłodności,
 - 13) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).
9. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeżeli w zwolnieniu lekarskim (w rubryce dotyczącej numeru statystycznego choroby) jako powód tej niezdolności - wskazany zostały przez lekarza wystawiającego zaświadczenie:
- 1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, choroba weneryczna,
 - 2) zaburzenie psychiczne lub choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, upośledzenie umysłowe.

§ 47

1. Pracownik może zostać objęty umową ubezpieczenia przewidującą świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie ukończy on 50 roku życia, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

XXIV. ZGON WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§ 48

1. W przypadku zgonu:
 - 1) małżonka,
 - 2) dziecka,
 - 3) rodzica,
 - 4) teścia,Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu odpowiedniego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Za dziecko, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), uważa się dziecko Ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły - w wieku do 25 lat. Umowa ubezpieczenia może wskazywać, że świadczenie z tytułu zgonu dziecka jest należne bez względu na wiek dziecka.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1 jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
 - 2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XXV. URODZENIE SIĘ DZIECKA

§ 49

1. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka nie jest należne jeżeli dziecko zostało przysposobione przez Ubezpieczonego albo zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XXVI. WADA WRODZONA DZIECKA

§ 50

1. W przypadku stwierdzenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego wady wrodzonej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie wad wrodzonych, powstałych w okresie zarodkowym lub płodowym.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli leczenie przyczynowe wady zostało rozpoczęte przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia. Rozpoznanie i leczenie wady wrodzonej musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z wystąpienia wady wrodzonej dziecka nie jest należne, jeżeli dziecko zmarło w pierwszych 30 dniach od urodzenia.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są wady:
 - 1) nabyte w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku po urodzeniu się dziecka,
 - 2) związane z chorobą AIDS lub zarażeniem dziecka wirusem HIV bądź pochodnymi w okresie zarodkowym lub płodowym,
 - 3) powstałe na skutek przyjmowania przez matkę w okresie ciąży alkoholu, narkotyków,
 - 4) powstałe na skutek działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu przez matkę w okresie ciąży,
 - 5) powstałe na skutek zatrucia matki w okresie ciąży substancjami stałymi, płynnymi lub lotnymi,
 - 6) nabytych w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, któremu poddana została matka w okresie ciąży, jeżeli powyższe nie wynikało ze stosowania terapii zleconej przez lekarza.

XXVII. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

§ 51

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

XXVIII. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 52

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpieczonego w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy, świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

XXIX. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 53

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-7, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.
4. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.
5. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach, w przypadku braku małżonka lub gdy małżonkowi nie przysługuje świadczenie,
 - 3) rodzicom - w równych częściach, w przypadku braku małżonka i dzieci lub gdy małżonkowi lub dzieciom nie przysługuje świadczenie,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w częściach wskazanych w postanowieniu o stwierdzeniu nabyciu spadku lub akcie notarialnym poświadczającym dziedziczenie, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.
6. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie na formularzu Ubezpieczyciela.
7. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 6.

§ 54

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

- 6) decyzję organu rentowego - przypadku występowania z roszczeniem z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - 7) dokumentację dotyczącą leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem wynikającym z choroby,
 - 8) dokumentację potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM) - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,
 - 9) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzające niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy - w przypadku występowania z roszczeniem związanym z czasową niezdolnością do pracy,
 - 10) własny dokument tożsamości (do wglądu),
 - 11) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela, o ile okażą się niezbędne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, o których Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.
2. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
 3. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
 4. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

§ 55

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

XXX. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

§ 56

Ubezpieczony może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeżeli:

- 1) przestał być pracownikiem Ubezpieczającego - pod warunkiem obejmowania Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki pracownik objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą pracownik zrezygnował przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków),
- 2) odbywa zasadniczą służbę wojskową, przebywa na urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym oraz w sytuacji gdy umowa o pracę, którą Ubezpieczony zawarł z Ubezpieczającym lub umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy - bez względu na okres trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 57

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

§ 58

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

§ 59

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

XXXI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 60

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie, lub w inny sposób ustalony między stronami, chyba że przepisy obowiązującego prawa wymagają złożenia oświadczenia w szczególnej formie.
2. Jeżeli strona umowy ubezpieczenia zmieniła adres zamieszkania lub siedziby to powinna zawiadomić o tym drugą stronę umowy.
3. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do Ubezpieczonego.

§ 61

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat polisy na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Z datą wydania duplikatu oryginał polisy staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

§ 62

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
 - 1) w przypadku osób fizycznych - art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361 z późn. zm.),
 - 2) w przypadku osób prawnych - art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014r. poz. 851 z późn. zm.).

Nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytułem spadku, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2015r. poz. 86 z późn. zm.), podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 tej ustawy, z zastrzeżeniem postanowień art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.

3. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 63

1. 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.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczane jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl.
3. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia Ubezpieczyciela.

§ 64

1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przedawniają się po upływie 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do Ubezpieczyciela rozpoczyna się w dacie, w której roszczenie stało się wymagalne.
3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych ogólnych warunkach, Ubezpieczyciel wskazuje w załączniku do polisy ubezpieczeniowej lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 65

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Ubezpieczony Ubezpieczający, beneficjent lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie - poprzez infolinię Ubezpieczającego pod numerem telefonu 801 107 107 lub 58 555 55 55,
 - 3) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 4) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

3. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
5. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - 1) na piśmie lub,
 - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub,
 - 3) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
6. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
8. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 66

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

§ 67

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 31 marca 2006 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

**ANEKS DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA: KOD 01/06**

§ 1

1. Do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina kod HR 01/06 (zwanymi dalej „OWU”) obowiązujących na podstawie zawartych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie umów grupowego ubezpieczenia, wprowadza się zmiany mające na celu dostosowanie OWU do zmienionych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również w celu usunięcia nieobowiązujących postanowień OWU, w związku z wpisem postanowień niedozwolonych do Rejestru prowadzonego przez Prezesa UOKiK.
2. Zmiany, o których mowa w ust 1 powyżej, zostały ujęte w „Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina: kod HR 01/06 - tekst jednolity obowiązujący od dnia 1 lipca 2016r.”, stanowiących załącznik do niniejszego Aneksu.

§ 2

1. „Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina: kod HR 01/06 - tekst jednolity obowiązujący od dnia 1 lipca 2016r.”, po ich doręczeniu, będą obowiązywały Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU.
2. „Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina: kod HR 01/06 - tekst jednolity obowiązujący od dnia 1 lipca 2016r.”, po ich doręczeniu, będą obowiązywały również osoby przystępujące do ubezpieczenia po 1 lipca 2016r.

§ 3

Niniejszy aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA numer 18/2016 z dnia 30 czerwca 2016 roku i ma zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie, poczynąwszy od dnia 1 lipca 2016 roku.

Prezes Zarządu
Piotr Maria Śliwicki**Wiceprezes Zarządu**
Małgorzata Makulska