

Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Artykuł I	Postanowienia ogólne	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
Artykuł IV	Zawarcie Umowy	4
Artykuł V	Ochrona ubezpieczeniowa	5
Artykuł VI	Rozwiązanie Umowy	5
Artykuł VII	Wyłączenia odpowiedzialności	5
Artykuł VIII	Suma Ubezpieczenia i składka	7
Artykuł IX	Śmierć Ubezpieczonego / Współubezpieczonego	8
Artykuł X	Śmierć Ubezpieczonego/ Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	8
Artykuł XI	Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	9
Artykuł XII	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	9
Artykuł XIII	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej / Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku	10
Artykuł XIV	Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II / trwały uszczerbek ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku / trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskutek zawału serca lub udaru mózgu	10
Artykuł XV	Poważna choroba Ubezpieczonego / Współmałżonka	12
Artykuł XVI	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	13
Artykuł XVII	Pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w Szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	14
Artykuł XVIII	Operacje chirurgiczne	15
Artykuł XIX	Urodzenie Dziecka / Dziecka martwego	15
Artykuł XX	Osierocenie Dziecka	15
Artykuł XXI	Pobyt Dziecka w Szpitalu	15
Artykuł XXII	Postanowienia końcowe	16

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego rozszerzające postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Artykuł I	Postanowienia ogólne	17
Artykuł II	Definicje	17
Artykuł III	Zakres umowy dodatkowej	17
Artykuł IV	Rozszerzenie postanowień indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie	17
Artykuł V	Wygaśnięcie umowy dodatkowej	17
Artykuł VI	Składki	17
Artykuł VII	Fundusze	19
Artykuł VIII	Rachunek jednostek uczestnictw i alokacja składek	19
Artykuł IX	Zmiany funduszy	19
Artykuł X	Wypłaty	19
Artykuł XI	Opłaty i Limity	19
Artykuł XII	Postanowienia końcowe	19

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Nr 2/2005

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Na podstawie Umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanych dalej OWU, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwana dalej Towarzystwem, zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a Ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki.
2. Ilekroć w niniejszych OWU jest mowa o Umowie Dodatkowej należy przez to rozumieć wskazaną Umowę Dodatkowego Ubezpieczenia, obowiązującą w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub Umowę Dodatkową w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

Artykuł II

Definicje

W Umowie oraz w OWU wymienione poniżej pojęcia definiuje się następująco, o ile w związku z poszczególnymi zdarzeniami nie są one definiowane odmiennie:

Umowa - umowa ubezpieczenia zawarta na wniosek Ubezpieczającego na podstawie niniejszych OWU;

umowa grupowego ubezpieczenia na życie - umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM, Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX lub Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Optimum 144 albo inna umowa ubezpieczenia grupowego na życie, zawarta z Towarzystwem przez Pracodawcę na rzecz Ubezpieczonego;

Ubezpieczający - podmiot zawierający Umowę i zobowiązany do opłacania składek;

Ubezpieczony - osoba fizyczna wymieniona imiennie w polisie, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, która zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest uprawniona do zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;

Uposażony - osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;

Pracodawca - Ubezpieczający w rozumieniu umowy grupowego ubezpieczenia na życie;

Współubezpieczony - Współmałżonek, Dziecko, Rodzic lub Teść, którego życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

Dziecko - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat;

Rodzic - osoba, której we wcześniejszej z dat: w dacie osiągnięcia przez Ubezpieczonego pełnej zdolności do czynności prawnych lub zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, przysługiwała władza rodzicielska nad Ubezpieczonym, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją;

Teść - osoba, której w dacie osiągnięcia przez Współmałżonka pełnej zdolności do czynności prawnych przysługiwała władza

rodzicielska nad Współmałżonkiem, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją;

Macocha - aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego / Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego / Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego / Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego / Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

Ojczym - aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego / Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego / Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego / Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego / Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

suma ubezpieczenia - kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;

polisa - dokument potwierdzający zawarcie Umowy i zawierający szczegółowe jej postanowienia;

składka ochronna - kwota określona w polisie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, należna w danym okresie rozliczeniowym;

nieszczęśliwy wypadek - przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego / Współubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;

okres ubezpieczenia - okres wyznaczony przez daty początku i końca okresu ubezpieczenia, określone w polisie;

rocznica polisy - każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;

rok polisowy - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy; pierwszy rok polisowy zaczyna się od daty początku okresu ubezpieczenia;

miesiąc polisowy - miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;

okres rozliczeniowy - okres pomiędzy kolejnymi terminami wymagalności składek;

wiek - liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;

prolongata - okres 30 dni, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej pomimo nieopłacenia składki ochronnej w terminie wymagalności składki, pod warunkiem opłacenia jej przed upływem tego okresu. Okres prolongaty liczony jest od upływu terminu wymagalności nieopłaconej składki ochronnej;

karencja - wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa w przypadkach określonych w niniejszych OWU. Okres karencji liczony jest od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy. Karencji nie stosuje się do zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł III

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego, zdrowie Ubezpieczonego, życie Współubezpieczonych, zdrowie Współubezpieczonych.

2. W pierwszym roku polisowym zakres ubezpieczenia jest zgodny z zakresem, jaki obowiązywał w ostatnim miesiącu polisowym udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku Ubezpieczonego, którego wiek w dniu zawarcia Umowy przekraczał 66 lat, zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo począwszy od pierwszego roku polisowego nie może być szerszy od zakresu określonego dla pakietu III i nie szerszy od zakresu obowiązującego w ostatnim miesiącu polisowym udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie
4. Począwszy od pierwszej rocznicy polisy zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia w pierwszym roku polisowym, z zastrzeżeniem, że zakres ten nie może być szerszy od zakresu określonego w pakietach o których mowa w ust. 5 - 7, uzależnionych od wieku Ubezpieczonego.
5. Pakiet I ma zastosowanie w latach polisowych, w których w dniu ich rozpoczęcia wiek Ubezpieczonego wynosi od 17 lat do 60 lat. Pakiet I obejmuje następujący zakres ubezpieczenia:
 - 5.1. śmierć Ubezpieczonego;
 - 5.2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 5.3. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - 5.4. niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 5.5. trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 5.6. poważna choroba Ubezpieczonego;
 - 5.7. pobyt Ubezpieczonego w szpitalu lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 5.8. śmierć Współmałżonka;
 - 5.9. śmierć Dziecka;
 - 5.10. śmierć Rodzica;
 - 5.11. śmierć Teścia;
 - 5.12. urodzenie Dziecka;
 - 5.13. urodzenie Dziecka martwego;
 - 5.14. osierocenie Dziecka;
 - 5.15. śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 5.16. pobyt Współmałżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Pakiet II ma zastosowanie w latach polisowych, w których w dniu ich rozpoczęcia wiek Ubezpieczonego wynosi od 61 lat do 65 lat. Pakiet II obejmuje następujący zakres ubezpieczenia:
 - 6.1. śmierć Ubezpieczonego,
 - 6.2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 6.3. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - 6.4. niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 6.5. trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 6.6. śmierć Współmałżonka;
 - 6.7. śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 6.8. śmierć Rodzica;
 - 6.9. śmierć Teścia.
7. Pakiet III ma zastosowanie w latach polisowych, w których w dniu ich rozpoczęcia wiek Ubezpieczonego przekracza 66 lat. Pakiet III obejmuje następujący zakres ubezpieczenia:
 - 7.1. śmierć Ubezpieczonego;
 - 7.2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 7.3. trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II albo trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 7.4. śmierć Współmałżonka.

Artykuł IV Zawarcie Umowy

1. Umowa może być zawarta przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, który objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy. W przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Pracodawcę, zwanej dalej wcześniejszą umową, upływ 12-miesięcznego okresu liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie był nie dłuższy niż 1 miesiąc.
2. Umowa może być zawarta przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, który wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Pracodawcą, bądź z powodu rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o ile złożył w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregośkolwiek z ww. zdarzeń, powodującego wygaśnięcie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. Ubezpieczony składa w Towarzystwie wniosek o zawarcie Umowy.
4. Towarzystwo przedstawia Ubezpieczającemu ofertę Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 2.
5. Umowę zawiera na podstawie wniosku o zawarcie Umowy sporządzonego na formularzu Towarzystwa wraz z zaakceptowaną przez Ubezpieczającego ofertą, o których mowa odpowiednio w ust. 2, 3 i 4. Jeżeli wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony, Towarzystwo wezwie do jego uzupełnienia lub poprawienia w wyznaczonym terminie.
6. Towarzystwo ma prawo odmówić zawarcia Umowy, jeżeli Ubezpieczony nie złożył poprawnie i kompletnie wypełnionego wniosku, o którym mowa w ust. 2 i 3, w terminie 3 miesięcy od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielonej na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
7. Umowę zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, chyba że Ubezpieczający złoży oświadczenie

o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres w terminie 30 dni od dnia upływu okresu ubezpieczenia.

8. Umowę uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy.

Artykuł V

Ochrona ubezpieczeniowa

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta osoba, której wiek w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi co najmniej 17 lat.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego oferty, o której mowa w art. IV ust. 4, jednak nie wcześniej niż od dnia opłacenia składki ochronnej i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielonej na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, chyba że w odniesieniu do poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, wymienionych odpowiednio w art. X - XXI, określono inną datę początku ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach wymienionych dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, a ponadto w przypadku:
 - 3.1. śmierci Ubezpieczonego - w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 3.2. zaprzestania opłacania ostatniej składki ochronnej - z upływem okresu rozliczeniowego, za który opłacono składkę ochronną, jeżeli kolejna składka ochronna nie została zapłacona przed upływem okresu prolongaty;
 - 3.3. wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej Niezdolności do Pracy Zarobkowej, Umowy Dodatkowej Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zawartej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, w związku z niezdolnością do pracy zarobkowej oraz niezdolnością do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku - w dniu wypłaty tego świadczenia;
 - 3.4. rozwiązania umowy ubezpieczenia - w dniu jej rozwiązania;
 - 3.5. upływu okresu ubezpieczenia - w dniu końca okresu ubezpieczenia.
 - 3.6. niedoręczenia przez Ubezpieczonego do Towarzystwa w terminie 30 dni od dnia zapłaty składki kompletnie wypełnionego wniosku, o którym mowa w art. IV ust. 3 oraz niedostarczenie przez Ubezpieczającego zaakceptowanej oferty, o której mowa w art. IV ust. 4.
4. W przypadku gdy Umowa rozszerzona została o Umowę Dodatkową w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego rozszerzając postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, możliwe jest przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, zgodnie z zasadami zawartymi w Umowie Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.
5. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego składka ochronna nie jest należna, a Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia bezskładkowego Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

Artykuł VI

Rozwiązanie Umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku:
 - 1.1. odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy w terminie 30 dni od jej zawarcia - w dniu odstąpienia;
 - 1.2. wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy - z upływem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego;
 - 1.3. nieopłacania przez Ubezpieczającego składki ochronnej - z upływem 14 dni od zakończenia okresu prolongaty.
2. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki ochronnej należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VII

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1.1. samobójstwa Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego popełnionego w okresie 1 roku od zawarcia Umowy;
 - 1.2. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 1.3. popełnienia przez Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 1.4. prowadzenia przez Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
2. W odniesieniu do następujących zdarzeń:
 - a) śmierć Ubezpieczonego lub Współmatronka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - c) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - d) niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - e) trwale inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II;
 - f) trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - g) poważna choroba Ubezpieczonego lub Współmatronka;
 - h) operacje chirurgiczne;
 - i) pobyt Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - j) pobyt Ubezpieczonego lub Współmatronka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, zawał serca lub udar mózgu bądź choroba powodujące powyższe zdarzenia nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 2.1. spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego / Współubebezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;

- 2.2. samookaleczenia, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego samobójstwa;
 - 2.3. poddania się przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2.4. prowadzenia przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego pojazdu bez określonych, w stosownych przepisach prawa, uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony / Współubezpieczony był w stanie wskazującym na spożycie alkoholu albo w stanie nietrzeźwości.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia w związku ze:
- a) śmiercią Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - b) śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - c) trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II;
 - d) trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący powyższe zdarzenia powstał bezpośrednio lub pośrednio wskutek chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia z tytułu:
- a) śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 - b) operacji chirurgicznej;
 - c) pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli do nieszczęśliwego wypadku powodującego powyższe zdarzenia doszło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego / Współmałżonka na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, jeżeli nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
- 5.1. uprawiania przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, takich jak: sporty lotnicze, motorowe czy motorowodne lub podczas udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich;
 - 5.2. uprawiania przez Ubezpieczonego kaskaderstwa.
6. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia w związku z:
- a) niezdolnością Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolnością Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacją chirurgiczną;
 - c) pobytem Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - d) pobytem Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,
- jeżeli bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wymienionych powyżej zdarzeń była choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy lub zaburzenia psychiczne Ubezpieczonego / Współubezpieczonego oraz ich skutki, a także ataki konwulsji, epilepsji.
7. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej lub niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
8. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia w związku z:
- a) trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu;
 - b) operacją chirurgiczną;
 - c) pobytem Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - d) pobytem Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,
- jeżeli bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wymienionych powyżej zdarzeń było uprawianie przez Ubezpieczonego / Współubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udział Ubezpieczonego / Współubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich.
9. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego lub poważnej choroby Współmałżonka, jeżeli Ubezpieczony / Współmałżonek:
- 9.1. nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 9.2. nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
10. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego lub poważnej choroby Współmałżonka w związku z poważną chorobą, która została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego / Współmałżonka z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego / Współmałżonka w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
11. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej, jeżeli operacja chirurgiczna:
- 11.1. spowodowana była bezpośrednio lub pośrednio wadą wrodzoną lub schorzeniami będącymi ich skutkiem lub kataklizmem naturalnym;
 - 11.2. była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 11.3. została zalecona lub o niej postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy lub z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych zawartej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

12. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej, jeżeli operacja chirurgiczna miała na celu:
- 12.1. pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 12.2. poddania się leczeniu dentystycznemu, operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 12.3. zmianę płci;
 - 12.4. pozbawienie płodności, usunięcie ciąży, sztuczne zapłodnienie lub inny sposób leczenia niepłodności.
13. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu:
- a) pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - b) pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,
- jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego / Współubezpieczonego w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
- 13.1. zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 13.2. wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 13.3. choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 13.4. leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 13.5. badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - 13.6. uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne;
 - 13.7. operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
14. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia z tytułu:
- a) pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - b) pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,
- jeżeli pobyt Ubezpieczonego / Współubezpieczonego w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
15. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu:
- a) pobytu Ubezpieczonego lub Dziecka w szpitalu;
 - b) pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem,
- jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany ciążą, usuwaniem ciąży, porodem lub pościem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym bądź komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego / Współubezpieczonego.

16. Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć w związku z:
- a) trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II;
 - b) trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wskutek zawału serca lub udaru mózgu,
- jeżeli Ubezpieczony nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu, zaleceniom lekarskim lub rehabilitacji mającym na celu złagodzenie skutków nieszczęśliwego wypadku bądź zawału serca lub udaru mózgu.

Artykuł VIII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę ochronną na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, w terminach wymagalności składki określonych w polisie. Wysokość składki ochronnej określona jest w polisie.
2. Wysokość składki ochronnej obowiązującej w kolejnych latach polisowych podana jest w aneksie do polisy wydawanym przez Towarzystwo i potwierdzającym warunki ubezpieczenia w poszczególnych latach polisowych.
3. Wysokość składki ochronnej ustalana jest dla aktualnego zakresu ubezpieczenia, określonego zgodnie z postanowieniami Art. III i aktualnych sum ubezpieczenia.
4. Składkę ochronną uważa się za opłaconą pierwszego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą w wysokości składki ochronnej.
5. Sumę ubezpieczenia ustala się odrębnie dla każdego ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia.
6. W pierwszym roku polisowym obowiązują sumy ubezpieczenia równe sumom ubezpieczenia, jakie obowiązywały w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim miesiącu polisowym udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Sumy te jednak nie mogą przekraczać maksymalnych ich wysokości, ustalonych przez Towarzystwo w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU. W przypadku obniżenia sum ubezpieczenia, odpowiednio pomniejszana jest również składka ochronna. Zasada powyższa nie dotyczy przypadku określonego w ust. 7.
7. W przypadku Ubezpieczonego, którego wiek w dniu zawarcia Umowy przekraczał 66 lat, sumy ubezpieczenia w pierwszym roku polisowym, jak i w kolejnych latach polisowych, nie mogą przekraczać maksymalnych sum ustalonych przez Towarzystwo w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU dla pakietu III. W przypadku obniżenia sum ubezpieczenia, odpowiednio pomniejszana jest również składka ochronna.
8. Począwszy od drugiego roku polisowego obowiązują sumy ubezpieczenia określone w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, zgodnie z aktualnym wiekiem Ubezpieczonego.
9. W celu zapewnienia urealniania wartości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podwyższania sum ubezpieczenia (indeksacja).
10. Indeksacja dokonywana jest nie częściej niż raz w roku polisowym, w rocznice polisy.
11. Indeksacja powoduje odpowiednie podwyższenie składki ochronnej. Obliczenia podwyższonej składki ochronnej dokonuje się dla aktualnego wieku Ubezpieczonego.

12. Wskaźnik indeksacji ustalany jest w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany przez GUS i nie może przekroczyć 150% zmiany wartości tego wskaźnika w okresie między kolejnymi indeksacjami.
13. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zindeksowanej wysokości sum ubezpieczenia oraz podwyższonej w związku z indeksacją składki ochronnej, w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy, w której indeksacja zostanie dokonana.
14. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo odmowy indeksacji, jeżeli dokonywana jest ona zgodnie z zasadami określonymi w ust. 10 - 13.

Artykuł IX

Śmierć Ubezpieczonego / Współubezpieczonego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku śmierci Współubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującej w dniu śmierci Współubezpieczonego.
3. Łączna kwota świadczeń w związku z tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu następujących zdarzeń:
śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II, trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, poważna choroba Ubezpieczonego oraz operacje chirurgiczne, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość jednego, najwyższego świadczenia z tytułu wszystkich powyższych zdarzeń, należnego w związku z tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, o ile świadczenia w związku z poszczególnymi zdarzeniami nie zostały inaczej określone.
4. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
5. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, wówczas przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie wskazał on Uposażonego lub Uposażony utracił prawo do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego.

7. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna Ubezpieczonego lub Macochy Ubezpieczonego, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki z tytułu niniejszej Umowy lub umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
8. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna Współmałżonka lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca Współmałżonka lub matki Współmałżonka z tytułu niniejszej Umowy lub umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
9. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
10. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Rodzica lub Teścia wygasa nie później niż z upływem roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

Artykuł X

Śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dniu śmierci Ubezpieczonego. Zasada dotycząca Uposażonego opisana w art. IX, ust. 4. - 6. ma zastosowanie.
2. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dniu śmierci Współmałżonka.
3. Prawo do świadczenia w związku ze śmiercią Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie przyznane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 3.1. nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy lub Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego / Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zawartej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie;
 - 3.2. śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 3.3. śmierć Ubezpieczonego / Współmałżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 3.1.
4. Łączna kwota świadczeń w związku z tą samą chorobą lub z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu następujących zdarzeń:
śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji,

niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II, trwałe uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, poważna choroba Ubezpieczonego oraz operacje chirurgiczne, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

Artykuł XI

Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. **Zawał serca** - pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
2. **Udar mózgu** - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorom lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 3 zostanie przyznane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 4.1. zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 4.2. śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XII

Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji

1. **Nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji** - nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, statku wodnego lub powietrznego, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.
2. **Środek lokomocji** - pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dniu śmierci Ubezpieczonego.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 3 zostanie przyznane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 4.1. nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy lub Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji, zawartej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie;
 - 4.2. śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 4.3. śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, o którym mowa w ust. 4.1.
5. Łączna kwota świadczeń w związku z tą samą chorobą lub z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu następujących zdarzeń: śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II, trwałe uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, poważna choroba Ubezpieczonego, operacje chirurgiczne, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji wygasa nie później niż z upływem roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

Artykuł XIII

Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej / niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. **Niezdolność do pracy zarobkowej** - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej lub niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej, z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3. Świadczenie zostanie powiększone o wartość podstawową i wartość dodatkową.
3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 2 zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy, był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, zaczynający swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy.
4. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w przyszłości.
5. W przypadku gdy niezdolność do pracy zarobkowej spowodowana została nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
6. W celu potwierdzenia niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
7. Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej powoduje, z dniem dokonania wypłaty świadczenia wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy i rozwiązanie Umowy.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wygasa nie później niż z upływem pierwszego roku polisowego.
9. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

Artykuł XIV

Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wariant I lub wariant II / trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku / trwały uszczerbek Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. **Trwałe inwalidztwo** - w zależności od wariantu, który objęty jest zakresem ubezpieczenia, wyłącznie przypadki wymienione w ust. 9 lub 10, powodujące naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji, nie rokujące poprawy.
2. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 4 do OWU.
3. **Utrata** - całkowita anatomiczna strata narządu.
4. **Porażenie** - całkowite i trwałe pozbawienie funkcji.
5. **Usztywnienie** - całkowite zniesienie ruchomości w stawie.
6. W przypadku trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego lub trwałego uszczerbku Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 6.1. nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe inwalidztwo lub trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 6.2. trwałe inwalidztwo lub trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 6.3. trwałe inwalidztwo lub trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 6.1.
7. W przypadku trwałego uszczerbku Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 7.1. zawał serca lub udar mózgu powodujący trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 7.2. trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy;
 - 7.3. trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Świadczenie w związku z trwałym inwalidztwem lub trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego na zdrowiu wypłacane jest w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie nieszczęśliwego wypadku bądź zawału serca lub udaru mózgu, za każdy jeden procent trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku, z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3.
9. W wariantcie I, wyszczególnionym poniżej przypadkom trwałego inwalidztwa przypisane zostały następujące procenty inwalidztwa:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego ..	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata wszystkich palców ręki.	40%

Kończyny dolne

Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego ..	60%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Utrata palucha	5%
Utrata wszystkich palców stopy	15%
Niedowład czterokończynowy	100%

10. W wariancie II, wyszczególnionym poniżej przypadkom trwałego inwalidztwa przypisane zostały następujące procenty inwalidztwa:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%

Głowa

Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
- na powierzchni 6 cm kw.	30%
- na pow. od 3 do 6 cm kw.	20%
- na pow. mniejszej niż 3 cm kw.	10%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego ..	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia) ..	20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%

Kończyny dolne

Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego ..	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%

Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)

- o co najmniej 5 cm	30%
- od 3 do 5 cm	20%
- od 1 do 3 cm	10%

Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%
Porażenie czterokończynowe	100%

Porażenia nerwów

Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%

Klatka piersiowa

Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej	
- bez niewydolności oddechowej	5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%

Jama brzuszna

Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% mięszu)	20%

Narządy moczowopłciowe

Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%

Utrata macicy

- u osoby do 45 roku życia	40%
- u osoby powyżej 45 roku życia	20%

11. W przypadku trwałego uszczerbku Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku bądź trwałego uszczerbku Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, procent trwałego uszczerbku w poszczególnych jego przypadkach określa Tabela uszczerbków na zdrowiu, stanowiąca załącznik nr 4 do OWU.
12. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem lub zawałem serca lub udarem mózgu, wymienione odpowiednio w ust. 9, 10 i 11 procenty trwałego inwalidztwa bądź trwałego uszczerbku dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku istniejący przed tym nieszczęśliwym wypadkiem / zawałem serca lub udarem mózgu.
13. Suma świadczeń w związku ze wszystkimi przypadkami trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tym samym zawałem serca lub udarem mózgu nie

może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia.

14. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku a sumą procentów trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
15. Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem / zawałem serca lub udarem mózgu, powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
16. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa z powodu kilku zdarzeń (nieszczęśliwych wypadków), powoduje nieodwracalne wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, która nie może być wznowiona przy przedłużaniu Umowy na kolejny roczny okres.
17. W celu potwierdzenia trwałego inwalidztwa / trwałego uszczerbku, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
18. Stopień (procent) trwałego inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
19. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej niż po upływie 4 miesięcy i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku / zawału serca lub udaru mózgu.
20. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku Ubezpieczonego na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa nie później niż z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XV

Poważna choroba Ubezpieczonego / Współmałżonka

1. **Poważna choroba** - wystąpienie u Ubezpieczonego / Współmałżonka którejkolwiek z chorób, zabiegów lub operacji, wymienionych w ust. 2 - 16;
2. **Zawał serca** - pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
3. **Udar mózgu** - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
4. **Nowotwór złośliwy** - niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem

przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina). Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);

5. **Niewydolność nerek** - schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
6. **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** - operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
7. **Przeszczep dużych narządów** - operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony / Współmałżonek jest biorcą;
8. **Utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
9. **Guzy mózgu** - niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwawiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
10. **Oparzenia** - oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
11. **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
12. **Angioplastyka naczyń wieńcowych** - leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
13. **Operacja zastawek serca** - operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
14. **Anemia aplastyczna** - wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagające regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - 14.1. przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - 14.2. leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - 14.3. leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - 14.4. przeszczepienie szpiku kostnego.Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
15. **choroba Creutzfelda-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego / Współmałżonka,

przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego / Współmałżonka minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

- 15.1. poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
- 15.2. kontrolowania czynności fizjologicznych sam - okontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz trzymania higieny osobistej;
- 15.3. ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
- 15.4. mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
- 15.5. jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
16. zakażenie wirusem HIV:
 - 16.1. jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 16.2. będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
17. Z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie określonej w pkt 19.1. lub 19.2.
18. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 17 zostanie przyznane, jeżeli pierwsze rozpoznanie choroby lub poddanie się zabiegowi lub operacji miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy.
19. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 17 zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez co najmniej 30 dni od:
 - 19.1. daty rozpoznania jednej z chorób wymienionych w ust. 2. - 5., ust. 8. -10. oraz ust. 14. - 16;
 - 19.2. daty przeprowadzenia operacji wymienionych w ust. 6. - 7., ust. 11. oraz ust. 13. lub zabiegu wymienionego w ust. 12.
20. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby, spośród wymienionych w ust. 2 - 16, niezależnie od liczby występujących poważnych chorób w ramach tego samego ich rodzaju.
21. W przypadku kolejnej poważnej choroby, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
22. W celu potwierdzenia wystąpienia u Ubezpieczonego / Współmałżonka poważnej choroby, Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego / Współmałżonka poddania się badaniom lekarskim u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

23. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnej choroby Współmałżonka wygasa nie później niż z upływem pierwszego roku polisowego.
24. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

Artykuł XVI

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

1. **Szpital** - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.
2. **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych.
3. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego.
4. **Choroba** - reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 5.1. 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 5.2. 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
6. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 6.1. 1,0% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 6.2. 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

7. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu w szpitalu na OIOM-ie.
8. Do ustalenia wysokości świadczenia stosuje się sumę ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującą w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
9. Towarzystwo wypłaci świadczenia w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu, nie przekraczającymi 180 dni, w ciągu każdego roku polisowego.
10. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
11. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia, należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
12. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
13. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wygasa nie później niż z upływem roku polisowego w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
3. **Pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu** - pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego / Współmałżonka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego / Współmałżonka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego / Współmałżonka, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego / Współmałżonka.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 4.1. 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 4.2. 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu na OIOM-ie.
6. Do ustalenia wysokości należnego świadczenia stosuje się sumę ubezpieczenia dla tego zdarzenia, obowiązującą w dniu rozpoczęcia odpowiednio pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu.
7. Towarzystwo wypłaci świadczenia w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu, nie przekraczającymi 180 dni, w ciągu każdego roku polisowego, liczącymi odpowiednio w odniesieniu do pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka w szpitalu.
8. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony / Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
9. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia, należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
10. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
11. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

Artykuł XVII

Pobyt Ubezpieczonego / Współmałżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

1. **Szpital** - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie "szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.
2. **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sale intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych.

Artykuł XVIII

Operacje chirurgiczne

1. **Operacja chirurgiczna** - inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wyściolków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne, nie wymagające hospitalizacji oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną;
2. **Placówka medyczna** - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „placówka medyczna” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.
3. Z zastrzeżeniem postanowień art. IX ust. 3, w przypadku poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 3.1. 100% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 3.2. 80% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3.3. 60% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 3.4. 40% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 3.5. 20% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 3, zostanie przyznane wyłącznie w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej wymienionej w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.
5. Kategorię operacji chirurgicznej ustala się na podstawie Katalogu operacji chirurgicznych.
6. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 3 zostanie przyznane, jeżeli operacja chirurgiczna została przeprowadzona w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy oraz spowodowała co najmniej 3-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
7. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami ust. 3 jest najwyższa.
8. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami ust. 3 i 7 jest najwyższa.

9. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu operacji chirurgicznych wygasa nie później niż z upływem pierwszego roku polisowego.

Artykuł XIX

Urodzenie Dziecka / Dziecka martwego

1. **Dziecko** - dziecko, którego matką lub ojcem jest Ubezpieczony.
2. W przypadku gdy okres udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest krótszy niż 9 miesięcy, stosuje się karencję do nadwyżki sumy ubezpieczenia w stosunku do tej, która obowiązywała z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, o której mowa w art. IV ust. 1. Okres karencji wynosi 9 miesięcy i liczony jest od daty przystąpienia Ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. W przypadku urodzenia się Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie urodzenia się Dziecka.
4. W przypadku urodzenia się Dziecka martwego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie urodzenia się Dziecka martwego.
5. Potwierdzeniem urodzenia się Dziecka martwego jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu urodzenia Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu urodzenia Dziecka martwego wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

Artykuł XX

Osierocenie Dziecka

1. **Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy.
2. **Niezdolność do pracy** - całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci, każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dacie śmierci Ubezpieczonego.
4. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, powodujące osierocenie Dziecka, nie przysługuje Dziecku, które przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu osierocenia Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

Artykuł XXI

Pobyt Dziecka w szpitalu

1. **Szpital** - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie,

- przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.
2. **Pobyt Dziecka w szpitalu** - pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 10 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon Dziecka, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Dziecka;
 3. **Choroba** - reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
 4. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tego zdarzenia w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
 5. Towarzystwo wypłaci świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu w łącznej wysokości nie przekraczającej 200% sumy ubezpieczenia dla tego zdarzenia.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa w tytułu pobytu Dziecka w szpitalu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.
 7. Powództwo o roszczenie z Umowy może zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Roszczenia z Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
 8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
 9. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
 10. Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr L/1/1/5/2005 z dnia 11 maja 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 16 maja 2005 roku.

Erich Fischer


Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz


Członek Zarządu

Artykuł XXII

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, Umowa może zostać zawarta na warunkach odbiegających od postanowień OWU.
2. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU, wymagają pisemnego ich potwierdzenia.
3. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, dotyczące Umowy, należy kierować pisemnie na adres siedziby Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o zmianie adresu, przyjmuje się, że wszelka korespondencja wysłana przez Towarzystwo na ostatni znany mu adres, została prawidłowo doręczona.
4. Jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może ona wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
5. Wniosek, o którym mowa w ust. 4 zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
6. Ponadto, jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali Życie co do odmowy zaspokojenia roszczenia może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, z dnia 22 maja 2003 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ W SPRAWIE UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO ROZSZERZAJĄCE POSTANOWIENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Nr 2/2005

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejszą Umowę Dodatkową w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego rozszerzając postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwaną dalej Umową Dodatkową, stosuje się do Umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, których zakres został rozszerzony o Umowę Dodatkową.
2. Umowę Dodatkową stosuje się jedynie jako rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie i nie może obowiązywać dłużej niż umowa Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Rozszerzenie o Umowę Dodatkową zostaje potwierdzone w polisie.

Artykuł II

Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie stosuje się także do niniejszej Umowy Dodatkowej. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Składka inwestycyjna - kwota określona w polisie, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, należna w danym okresie rozliczeniowym;

Składka całkowita - suma składki ochronnej i składki inwestycyjnej;

Składka doraźna - kwota przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU;

Fundusz - ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;

Rachunek jednostek uczestnictwa - wyodrębniony dla każdej Umowy rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za wpłatę transferową, składki inwestycyjne i składki doraźne;

Wartość polisy - iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa, nabytych za składkę inwestycyjną oraz wpłatę transferową i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

Wartość dodatkowa - iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa, nabytych za składkę doraźną i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

Wpłata transferowa - wpłata przekazywana przy zawarciu Umowy na rachunek jednostek uczestnictwa, równa sumie wartości podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek inwestycyjnych, utworzonych dla Ubezpieczonego, w związku z umową grupowego ubezpieczenia na życie;

Cena nabycia jednostki uczestnictwa - cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na rachunek jednostek uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa - cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z rachunku jednostek uczestnictwa;

Alokacja - określony w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa.

Artykuł III

Zakres Umowy Dodatkowej

1. Celem rozszerzenia postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Umowę Dodatkową jest inwestowanie środków wpłacanych jako wpłata transferowa, składka inwestycyjna i składka doraźna.
2. Inwestowanie wpłaty transferowej, składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.

Artykuł IV

Rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

1. Rozszerzenie postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Umowę Dodatkową następuje od daty początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej i możliwe jest w dniu zawarcia umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie lub w późniejszym terminie.
2. Cel rozszerzenia postanowień umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Umowę Dodatkową realizowany jest od późniejszej z dat:
 - 2.1. początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej, określonego w polisie;
 - 2.2. dokonania wpłaty transferowej, opłacenia składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
3. Umowa Dodatkowa wygasa w terminach określonych w art. VI ust. 1 Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz w przypadku wygaśnięcia Umowy Dodatkowej, w dniu ich wygaśnięcia.

Artykuł V

Wygaśnięcie Umowy Dodatkowej

Umowa Dodatkowa traci obowiązującą moc w dniu rozwiązania umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz w dniu dokonania wypłaty całkowitej.

Artykuł VI

Składki

1. Wraz z rozszerzeniem postanowień Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Umowę Dodatkową, składka inwestycyjna należna z tytułu Umowy Dodatkowej doliczana jest do składki ochronnej należnej z tytułu Umowy i płatna jest w terminach wymagalności składki przewidzianych w umowie Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie. Towarzystwo określa minimalną wysokość składki

inwestycyjnej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

2. W każdym czasie, niezależnie od składki całkowitej, Ubezpieczający ma prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
3. Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia stosownej treści osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
4. W przypadku nie złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od daty wpłaty składki doraźnej, kwota ta zostanie zainwestowana wg podziału w fundusze obowiązującego dla składki inwestycyjnej.
5. Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
6. Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest przekształcenie Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.
7. Przekształcenie, o którym mowa w ust. 6, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
8. Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.
9. Zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
10. Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.

Artykuł VII Fundusze

1. Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
2. W celu inwestowania wpłaty transferowej, składki inwestycyjnych i składki doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
3. Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczającego jedynie do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
4. Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
5. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
6. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem, określoną w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu

wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.

7. Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się o nie więcej niż 1%.
8. W tym samym dniu wyceny różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży jednostek uczestnictwa nowych funduszy oraz zaprzestania sprzedaży jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych funduszy.
10. Informacja o zmianie w zakresie oferowanych funduszy Towarzystwo powiadamia Ubezpieczającego na piśmie.

Artykuł VIII Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek

1. W dniu rozszerzenia umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie o Umowę Dodatkową Towarzystwo otwiera rachunek jednostek uczestnictwa, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
2. Po opłaceniu przez Ubezpieczającego składki inwestycyjnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż w dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. Jeżeli składka inwestycyjna została opłacona przez Ubezpieczającego przed terminem jej wymagalności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie wymagalności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą należnej składki inwestycyjnej.
3. Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa.
4. Wpłata transferowa polega na nabyciu jednostek uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek jest równa wartości wpłaty transferowej podzielonej przez cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa.
5. Liczba jednostek ewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
6. W pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną. Wysokość tej opłaty ustalana jest przez Towarzystwo okresowo w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

7. Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z rachunku jednostek uczestnictwa. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa.

Artykuł IX

Zmiany funduszy

1. Ubezpieczony ma prawo zmienić podział składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze.
2. Ubezpieczający określa podział składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
3. Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu wszystkich lub części jednostek uczestnictwa, znajdujących się na rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 3, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży obowiązującej w najbliższym dniu wyceny po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
5. W przypadku zmian opisanych w ust. 1 i 3, Towarzystwo pobiera opłaty zgodnie z Tabelą limitów i opłat, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.
6. Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na tym funduszu w ramach rachunku jednostek uczestnictwa. Wartości powyższe określone są w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.
7. Towarzystwo dokona zmian w podziale składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego.

Artykuł X

Wypłaty

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości polisy i wartości dodatkowej.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia.
3. Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w ust. 1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty.
4. Prawo do wartości polisy i wartości dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu.
5. Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo dokona wypłaty całkowitej, rozumianej jako wypłaty sumy wartości polisy i wartości dodatkowej. Do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę całkowitą. Wartość polisy pomniejsza się o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej. Wysokość opłaty z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej określone są w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7, Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata części sumy: wartości polisy i wartości dodatkowej.
7. W przypadku dokonania częściowej wypłaty, wypłacana kwota oraz pozostająca na rachunku jednostek uczestnictwa kwota stanowiąca sumę wartości polisy i wartości dodatkowej nie mogą być niższe od minimalnych, określonych przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.
8. Towarzystwo pobiera opłatę z tytułu częściowej wypłaty w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.
9. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę z rachunku jednostek uczestnictwa, do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku.
10. Towarzystwo dokona wypłaty w terminie 30 dni od daty złożenia w Towarzystwie wniosku o wypłatę z rachunku jednostek uczestnictwa.

Artykuł XI

Opłaty i limity

Wysokości opłat i limitów oraz wartości minimalne i maksymalne, o których mowa w OWU, określone są w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU.

Artykuł XII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Umowie Dodatkowej, postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie stosuje się odpowiednio.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń i wypłat należnych z tytułu Umowy Dodatkowej zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
3. Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego rozszerzające postanowienia Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr L/1/1/5/2005 z dnia 11 maja 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 16 maja 2005 roku

Erich Fischer



Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz



Członek Zarządu