

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI
OWU/TRM7/2/2013

SPIS TREŚCI

Q&A DLA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH	10
OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI NR OWU/TRM7/2/2013	14
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	15
ART. 3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA	15
ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	
ART. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI	15
ART. 5 KARENCA	15
ART. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY	15
ART. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA	15
ART. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	16
ART. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	16
SKŁADKA	
ART. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI	16
ART. 11 SKŁADKA LOKACYJNA	17
ART. 12 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	17
ART. 13 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI	17
ART. 14 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI	18
ART. 15 SUMA UBEZPIECZENIA	18
FUNDUSZE	
ART. 16 RODZAJE I CEL FUNDUSZY	18
ART. 17 ALOKACJA SKŁADEK	18
ART. 18 WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY	19
ART. 19 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	19
ART. 20 WYPŁATA Z RACHUNKU	19
ART. 21 OPŁATY	19
WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ	
ART. 22 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ	19
ART. 23 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	19
ART. 24 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	20
ART. 25 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	20
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	
ART. 26 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	20
ART. 27 OSOBY UPRAWNIONE, SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	20
ART. 28 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	21
ART. 29 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	21
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	
ART. 30 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	21
ART. 31 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	21
ART. 32 ZMIANA UMOWY GŁÓWNEJ	21
ART. 33 PRAWO WŁAŚCIWE	21
ART. 34 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	21
ART. 35 ROZSTRZYGANIE SPORÓW	21
ART. 36 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA	21
ART. 37 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	21
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ADR7	22
ART. 1 DEFINICJE	22
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	22
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	22
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	22
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	22
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	22
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	22
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	23
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	23
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	23
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	24
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	24
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	24
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ADT7	25
ART. 1 DEFINICJE	25
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	25
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	25
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	25
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	25
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	25
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	26
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	26
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	26
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	26

ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	27
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	27
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	27
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WADR7	28
ART. 1 DEFINICJE	28
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	28
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	28
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	28
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	28
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	28
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	29
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	29
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	29
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	29
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	30
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	30
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	30
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU HSDR7	31
ART. 1 DEFINICJE	31
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	31
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	31
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ LUB UDAREM MÓZGU HSDR7	31
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	32
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	32
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	32
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	32
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	32
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	33
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	33
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	33
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	33
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDR7	34
ART. 1 DEFINICJE	34
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	34
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	34
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	34
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	34
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	34
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	35
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	35
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	35
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	36
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	36
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	37
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	37
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM Z MIESIĘCZNYM ŚWIADCZENIEM PDR7+	38
ART. 1 DEFINICJE	38
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	38
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	38
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ WYPADKIEM Z MIESIĘCZNYM ŚWIADCZENIEM PDR7+	38
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	39
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	39
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	39
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	39
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	39
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	40
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	41
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	41
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	41
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDW7	42
ART. 1 DEFINICJE	42
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	42
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	42
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	42
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	43
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	43
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	43
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	43
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	43
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	44
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	44
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	44
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	44

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY TPD7	45
ART. 1 DEFINICJE	45
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	45
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	45
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	46
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	46
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	46
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	46
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	46
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	46
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	47
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	47
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	47
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	48
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LHB7	49
ART. 1 DEFINICJE	49
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	49
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	49
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	49
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	49
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	49
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	50
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	50
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	50
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	50
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	51
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	51
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	51
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU LHSD7	52
ART. 1 DEFINICJE	52
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	52
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	52
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	52
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	53
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	53
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	53
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	53
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	53
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	54
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	54
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	54
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	55
TABELA USZCZERBKU DLA ZAWAŁU SERCA I UDARU MÓZGU	55
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA DSB7	56
ART. 1 DEFINICJE	56
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	56
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	56
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	56
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	56
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	56
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	57
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	57
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	57
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	57
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	58
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	58
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	58
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM SADR7	59
ART. 1 DEFINICJE	59
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	59
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	59
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	59
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	59
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	59
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	59
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	60
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	60
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	60
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	61
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	61
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	61

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO SADT7	62
ART. 1 DEFINICJE	62
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	62
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	62
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	62
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	62
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	62
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	63
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	63
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	63
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	63
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	64
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	64
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	64
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWALEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W WYNIKU NIESZCZĘLIWEGO WYPADKU SLHB7	65
ART. 1 DEFINICJE	65
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	65
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	65
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	65
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	65
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	65
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	66
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	66
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	66
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	66
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	67
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	67
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	67
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO FCR7	68
ART. 1 DEFINICJE	68
ART. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA	68
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	68
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	68
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	69
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	69
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	69
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	69
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	69
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	70
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	70
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	70
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	70
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO CIB7	71
ART. 1 DEFINICJE	71
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	71
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	75
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	75
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	76
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	76
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	76
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	76
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	76
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	77
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	77
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	78
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	78
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NA CHOROBY ZAKAŻNE CIB7_D	79
ART. 1 DEFINICJE	79
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	79
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	80
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	80
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	80
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	80
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	81
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	81
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	81
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	81
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	82
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	82
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	82
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SCIB7	83
ART. 1 DEFINICJE	83
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	83
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	87

ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	88
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	88
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	88
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	88
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	88
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	88
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	89
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	89
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	90
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	90
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA NA CHOROBY ZAKAŻNE SCIB7_D	91
ART. 1 DEFINICJE	91
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	91
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	92
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	92
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	92
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	92
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	93
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	93
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	93
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	93
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	94
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	94
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	94
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO CCIB7	95
ART. 1 DEFINICJE	95
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	95
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	96
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	97
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	97
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	97
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	97
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	97
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	97
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	98
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	98
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	99
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	99
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU HDB7	100
ART. 1 DEFINICJE	100
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	100
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	100
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	101
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	101
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	101
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	101
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	101
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	101
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	102
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	103
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	103
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	103
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU AHDB7	104
ART. 1 DEFINICJE	104
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	104
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	104
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	104
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	105
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	105
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	105
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	105
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	105
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	106
ART. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	106
ART. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	106
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	106
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ATHDB7	107
ART. 1 DEFINICJE	107
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	107
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	107
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	108
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	108
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	108

ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	108
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	108
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	108
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	109
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	109
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	109
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	109
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WAHDB7	110
ART. 1 DEFINICJE	110
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	110
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	110
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	111
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	111
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	111
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	111
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	111
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	111
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	112
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	112
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	112
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	112
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU HSHDB7	113
ART. 1 DEFINICJE	113
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	113
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	113
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	114
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	114
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	114
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	114
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	114
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	114
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	115
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	115
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	116
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	116
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ REKONWALESCENCJI UBEZPIECZONEGO CDB7	117
ART. 1 DEFINICJE	117
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	117
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	117
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	117
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	118
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	118
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	118
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE	118
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	118
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	119
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	119
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	119
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	119
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SANATORIUM SSB7	120
ART. 1 DEFINICJE	120
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	120
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	120
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	120
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	121
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	121
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	121
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	121
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	121
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	121
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	122
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	122
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	122
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA UBEZPIECZONEGO STB7	123
ART. 1 DEFINICJE	123
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	123
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	123
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	123
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	124
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	124
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	124
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	124
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	124
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	125

ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	125
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	125
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	125
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA LEKOWEGO UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU MCR7	126
ART. 1 DEFINICJE	126
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	126
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	126
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	126
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	126
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	126
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	126
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	127
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA NA ZAKUP LEKÓW	127
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	127
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	127
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	127
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	127
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU SHDB7	128
ART. 1 DEFINICJE	128
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	128
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	128
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	129
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	129
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	129
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	129
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	129
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	129
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	130
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	131
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	131
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	131
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SAHDB7	132
ART. 1 DEFINICJE	132
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	132
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	132
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	132
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	133
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	133
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	133
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	133
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	133
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	134
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	134
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	134
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	134
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU CHDB7	135
ART. 1 DEFINICJE	135
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	135
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	135
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	136
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	136
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	136
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	136
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	136
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	136
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	137
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	138
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	138
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	138
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU CAHDB7	139
ART. 1 DEFINICJE	139
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	139
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	139
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	139
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	140
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	140
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	140
ART. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	140
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	140
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	141
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	141
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	141
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	141

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR7_A+	142
ART. 1 DEFINICJE	142
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	142
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	142
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	143
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	143
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	143
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	143
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	143
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	144
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	144
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	145
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	145
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR7_A	146
ART. 1 DEFINICJE	146
ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	146
ART. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	146
ART. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	146
ART. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	146
ART. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	147
ART. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	147
ART. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	147
ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	147
ART. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	148
ART. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	148
ART. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	148
ART. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	148
ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR7_A+ ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR7_A	149

Q&A DLA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

Inwestowanie w ramach Ubezpieczenia Grupowego to bardzo dobra perspektywa na przyszłość dzięki środkom, które inwestujesz dzisiaj

JAKIE SĄ GŁÓWNE KORZYŚCI Z UBEZPIECZENIA Z OPCJĄ INWESTYCYJNĄ?

- Możliwość regularnego inwestowania pieniędzy, z przeznaczeniem na dowolny cel.
- Wypłata 100% Wartości Rachunku w przypadku wypłaty środków:
 - po przejściu na emeryturę z ubezpieczenia społecznego Ubezpieczonego,
 - wraz z wypłatą świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub niezdolności do pracy wskutek Niestety wypadku Ubezpieczonego,
 - na rachunek utworzony w ramach innego z produktów oferowanych przez Ubezpieczyciela,
 - wraz z wypłatą świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
 - od 6. Roku polisowego.
- Możliwość inwestowania w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe o różnym poziomie ryzyka, jak również w nowe fundusze ING Perspektywa przeznaczone dla osób, które zarządzanie inwestycją chcą całkowicie oddać w ręce specjalistów.
- Możliwość inwestowania nieregularnych nadwyżek finansowych poprzez wpłacanie Składki lokacyjnej nieregularnej, co zwiększa kapitał, a jednocześnie daje swobodę wpłat i wypłat w dowolnym momencie.

DLA KOGO JEST OPCJA INWESTYCYJNA?

Dla każdego Ubezpieczonego, który jest zdecydowany regularnie inwestować pieniądze, na przykład na swoją emeryturę.

JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE?

Ubezpieczenie Grupowe to długoterminowy plan ochronno-inwestycyjny. Umowa Główna w ramach Umowy Ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony. Pamiętaj jednak, że ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na rok i co roku jest odnawiana decyzją ING i Pracodawcy. Inwestycja zaś ma charakter długoterminowy i powinna trwać przez okres nie krótszy niż 10 lat, aby była efektywna. Planując zatem swoją inwestycję pamiętaj, że Umowa ubezpieczenia może zostać decyzją Pracodawcy rozwiązana przed upływem okresu jaki zaplanowałeś dla swojej inwestycji. Umowy dodatkowe są zawsze 1-roczone.

CO SIĘ STANIE Z MOIMI PIENIĘDZMI, JEŚLI ODEJDĘ Z UBEZPIECZENIA LUB GDY UMOWA UBEZPIECZENIA ZOSTANIE ROZWIĄZANA?

Jeśli zrezygnujesz z Ubezpieczenia, przestaniesz być Pracownikiem lub Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana:

- wartość Rachunku zostanie wypłacona w całości na Twój wniosek; pamiętaj, że w pierwszych 5. latach pobierana jest opłata za wypłatę;
- wartość Rachunku obliczana jest jako łączna wartość Funduszy w których miałeś zaalokowane środki. Wartość Funduszu obliczana jest po cenie sprzedaży Jednostki uczestnictwa ustalonej podczas 3. dnia wyceny Jednostek uczestnictwa następującej po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- należna w pierwszych 5. latach polisowych opłata za wypłatę z Rachunku nie zostanie pobrana, o ile zdecydujesz się przenieść wartość Rachunku do innego produktu z oferty ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A.

JAK SĄ INWESTOWANE PIENIĄDZE?

Za Składki lokacyjne kupowane są Jednostki uczestnictwa wskazanych przez Ciebie Funduszy dostępnych w ramach Umowy ubezpieczenia. Zależnie od tego, czy Składkę finansujesz Ty, czy Twój Pracodawca, dla każdego z Subkont w ramach Rachunku wybrane mogą być różne Fundusze. Możesz też zdecydować o innych Funduszach dla Składki lokacyjnej regularnej i nieregularnej.

CZY MOGĘ INWESTOWAĆ WIĘCEJ NIŻ ZADEKLAROWAŁEM NA POCZĄTKU?

Oczywiście, w każdej chwili możesz podwyższyć Składkę lokacyjną. Ważne, abyś nas o tym poinformował za pośrednictwem Pracodawcy, wskazując ile chcesz wpłacać, aby mógł on w Twoim imieniu naliczyć i przekazać nam składkę. Jeśli zechcesz jednorazowo zainwestować dodatkowe pieniądze, zgłoś Pracodawcy, by także i te pieniądze wpłacił w Twoim imieniu wraz ze Składką regularną.

CZY MOŻNA ZMIENIĆ SPOSÓB INWESTOWANIA?

W dowolnym momencie możesz zdecydować, że chcesz inwestować pieniądze inaczej, niż wcześniej zadeklarowałeś – zmieniając podział składek pomiędzy Fundusze. Możesz także przenieść już zgromadzone środki do innego Funduszu. Trzy pierwsze takie zmiany w danym Roku polisowym są bezpłatne. Pamiętaj, że Twoja dyspozycja zostanie zrealizowana szybciej, jeśli prześlesz ją bezpośrednio do nas. Przekazanie dyspozycji Pracodawcy może spowodować, że dotrze ona do nas później niż się spodziewałeś.

A JEŚLI POTRZEBUJĘ WYPŁAĆ CIĘŻ PIENIĘDZY...?

Jeżeli okaże się, że nagle potrzebujesz pieniędzy, to możesz je wypłacić z Twojego Rachunku, chyba że Umowa ubezpieczenia zawarta przez Pracodawcę przewiduje inne zasady wypłat – jeśli Pracodawca finansuje składkę ze swoich środków, pieniądze można wypłacić dopiero po upływie 5 lat podatkowych. Wypłata z Rachunku jest obciążona opłatą przez pierwsze 5 lat. Dokładną informację na ten temat znajdziesz w Tabeli Limitów i Opłat.

Pamiętaj, że z dokonywanej wypłaty potrącimy tzw. „podatek Belki”.

...LUB CZASOWO NIE MAM PIENIĘDZY NA FINANSOWANIE SKŁADEK...?

Zawirowania finansowe zdarzają się często. Dlatego w każdym momencie możesz wstrzymać inwestowanie nowych środków rezygnując z finansowania Składki lokacyjnej. Powiadom tylko Pracodawcę, od jakiego momentu ma zaprzestać naliczania od Twojego wynagrodzenia należnej Składki lokacyjnej. Jeśli Twoja sytuacja materialna się poprawi i ponownie zechcesz finansować Składkę powiadom Pracodawcę, od jakiego momentu ma ją ponownie pobierać z Twojego wynagrodzenia.

CZY MOGĘ ZREZYGNOWAĆ Z OPCJI INWESTYCYJNEJ?

W każdej chwili możesz zrezygnować z opcji inwestycyjnej. Powiadom tylko Pracodawcę, od jakiego momentu ma zaprzestać naliczania od Twojego wynagrodzenia należnej Składki lokacyjnej.

Składając rezygnację powinieneś złożyć wniosek o wypłatę.

CO W PRZYPADKU, GDY MOJĄ INWESTYCIJĘ PRZERWIE ŚMIERĆ?

JAK BĘDĄ ZABEZPIECZONE NAJBLIŻSZE MI OSOBY?

W razie śmierci osoby ubezpieczonej, ING Życie wypłaci osobom uposażonym świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia oraz Wartość Rachunku. Gdy Ubezpieczony nie wskaże Uposażonych pieniądze otrzymają jego spadkobiercy.

JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE, ŻEBY WYPŁAĆ PIENIĘDZE Z RACHUNKU?

Informacje o tym, jak wypłacić część zainwestowanych wcześniej pieniędzy znajdziesz w Ogólnych Warunkach. Do każdego wniosku należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, np. dowodu osobistego. Pamiętaj, że przesyłając wniosek o wypłatę do ING Życie możesz oczekiwać szybszej jego realizacji.

CO TO JEST STRATEGIA INWESTYCYJNA I JAK MOGĘ JĄ KSZTAŁTOWAĆ?

Strategia inwestycyjna to dobór Funduszy, w które chcesz inwestować swoje środki. W zależności od tego, czy jesteś inwestorem ostrożnym, umiarkowanym, czy też dynamicznym, Twoja strategia inwestycyjna może być inna i dopasowana do Twoich potrzeb. Gdy o inwestycji chcesz decydować samodzielnie, ważne, byś nie podejmował nadmiernego ryzyka i w miarę zbliżania się do terminu, w którym planujesz zakończenie inwestycji, stopniowo zmniejszał ryzyko inwestycyjne.

W przypadku braku doświadczenia lub ochoty na samodzielne zarządzanie, dajemy Ci możliwość skorzystania ze specjalnego rozwiązania ING Perspektywa.

W ramach ING Perspektywa wskazujesz, jak długo chcesz inwestować i na tej podstawie dobierany jest dla Ciebie odpowiedni Fundusz. W tych Funduszach, wraz ze zbliżaniem się do końca okresu inwestycji, stopniowo zmienia się zaangażowanie Twoich środków z akcji w papiery bezpieczne.

Jeśli zakładasz, że będziesz potrzebował pieniędzy w pierwszych latach inwestycji (np. za 3-5 lat) to zadбай, aby były one zainwestowane w Fundusze bezpieczne, o niskim poziomie ryzyka.

JAK MOŻE PRZEBIEGAĆ MOJA INWESTYCJA W PRZYSZŁOŚCI?

Inwestowanie w Fundusze wiąże się z ryzykiem. Inwestując w Fundusze dynamiczne można zarobić więcej, ale też ryzyko straty jest większe, w przypadku Funduszy bezpiecznych jest odwrotnie – potencjalny zysk jest niższy, ale i ryzyko straty jest mniejsze.

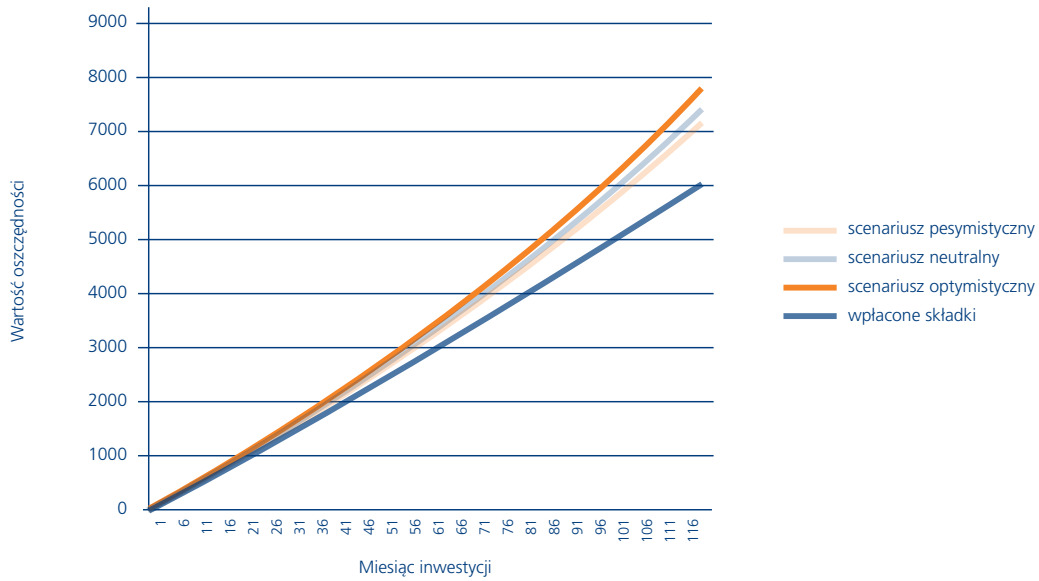
W dalszej części prezentujemy przykładową ilustrację, jak może przebiegać inwestycja w zależności od tego, w jakie Fundusze (dynamiczne, zrównoważone, bezpieczne) będą inwestowane środki i jaki scenariusz zdarzeń będzie miał miejsce (optymistyczny, neutralny, pesymistyczny).

Jest możliwe uzyskanie wyników wyższych niż zakładane w scenariuszu optymistycznym, jak i mniejszych niż zakładane w scenariuszu pesymistycznym. Inwestując w Fundusze należy również pamiętać, że ING nie gwarantuje uzyskania wyników na określonym poziomie.

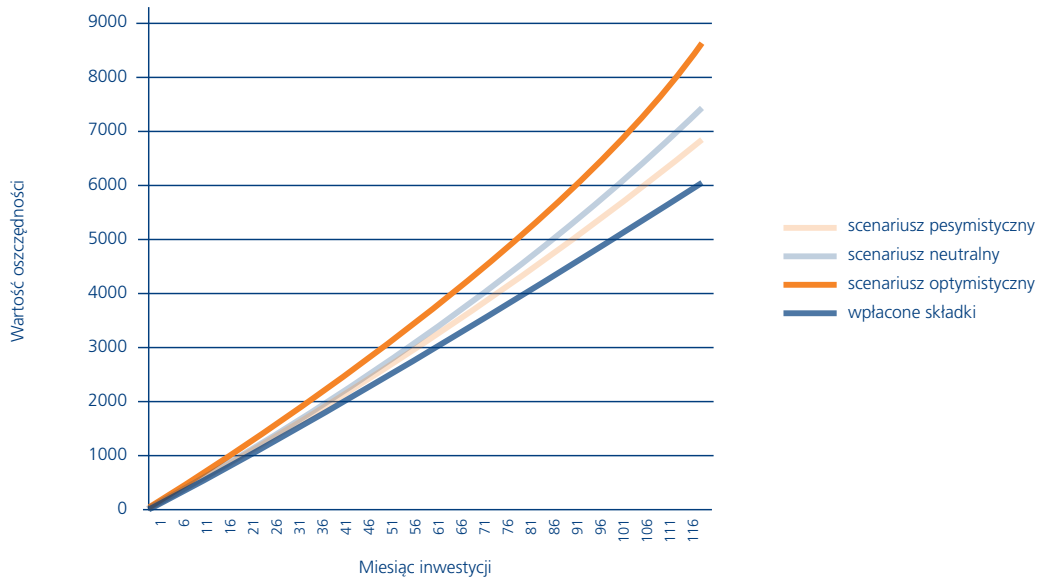
Dla potrzeb ilustracji założono regularną wpłatę w wysokości 50 zł miesięcznie i niezmienną siłę nabywczą złotego – nie uwzględniamy inflacji.

Przed wypełnieniem i podpisaniem deklaracji o ubezpieczenie należy zapoznać się z opisem oferowanych Funduszy i ich charakterystyką (polityką inwestycyjną i poziomem ryzyka) zamieszczoną w Opisie Funduszy.

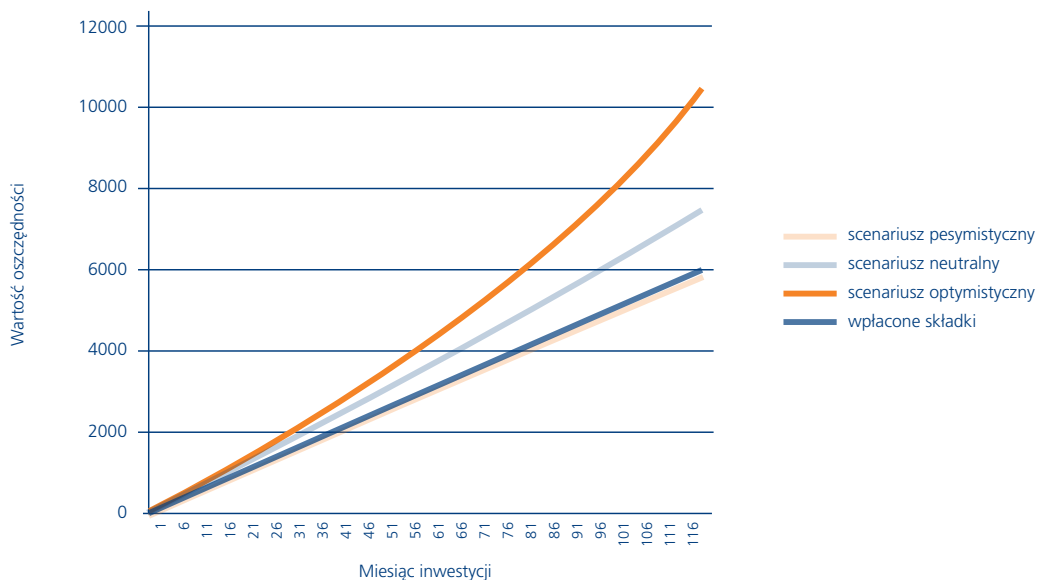
100% Składki lokowane w Fundusze bezpieczne



100% Składki lokowane w Fundusze zrównoważone



100% Składki lokowane w Fundusze dynamiczne



JAKIE OPŁATY SĄ POBIERANE W TRAKCIE TRWANIA POLISY?

W opcji inwestycyjnej pobierane są tylko dwie opłaty: za zarządzanie oraz za wypłatę (w pierwszych pięciu latach). Informację na temat wysokości tych opłat znajdziesz w Tabeli Limitów i Opłat.

CZY ING TOWARZYSTWO FUNDUSZY INWESTYCYJNYCH S.A. (TFI) POBIERA OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZAMI? CZY MOGĘ JEJ UNIKNĄĆ?

Opłata za zarządzanie jest pobierana przez ING Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., a jej wysokość dla każdego funduszu docelowego jest różna i dostępna jest na stronie www.ingtfi.pl.

Nie jest możliwe uniknięcie pobierania opłaty przez TFI. ING Życie, tak samo jak wszystkie Zakłady Ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia powiązane z UFK, korzysta z usług specjalistów od inwestowania. Fundusze UFK co do zasady lokują swoje środki w tzw. Fundusze docelowe. Są to tradycyjne Fundusze Inwestycyjne Otwarte (FIO) lub Specjalistyczne Fundusze Inwestycyjne Otwarte (SFIO) zarządzane przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych. Nazwy Funduszy docelowych, w które lokują swoje środki UFK podane są w Opisie Funduszy.

JAK MOŻESZ SIĘ Z NAMI SKONTAKTOWAĆ?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40

z telefonu komórkowego: 22 522 71 24

e-mail: grupowe@ingcentrala.pl

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI NR OWU/TRM7/2/2013

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TRM7.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi nr OWU/TRM7/2/2013 (dalej: Warunki), w Polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy głównej.
- 4) **„Pracownik”** – osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
- 5) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 6) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi TRM7, do którego stosuje się Warunki.
- 7) **„Umowa główna”** – ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego oraz dające możliwość Wyboru opcji inwestycyjnej.
- 8) **„Umowa dodatkowa”** – część Umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 9) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
- 10) **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 11) **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 12) **„Podgrupa”** – grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w Polisie, dla których Składka podstawowa, Suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 13) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w Polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy głównej.
- 14) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- 15) **„Karencja”** – okres liczony od określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 16) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 17) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
- 18) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 19) **„Dzień wymagalności Składki”** – pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest Składka całkowita.
- 20) **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki.
- 21) **„Składka podstawowa”** – Składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
- 22) **„Składka lokacyjna”** – składka opłacana regularnie lub nieregularnie przez Ubezpieczającego w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej, niezależnie od Składki podstawowej, alokowana w Fundusze, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 23) **„Składka lokacyjna regularna”** – składka opłacana regularnie w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej.
- 24) **„Składka lokacyjna nieregularna”** – składka opłacana dobrowolnie w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej.
- 25) **„Składka całkowita”** – suma Składek podstawowych, a w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej również Składek lokacyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w Dniu wymagalności Składki podstawowej.
- 26) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki podstawowej.
- 27) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 28) **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami Warunków.
- 29) **„Alokacja w Fundusze”** – nabycie Jednostek uczestnictwa zgodnie z ustalonym w Umowie ubezpieczenia podziałem Składki lokacyjnej pomiędzy Fundusze. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że podział Składki lokacyjnej pomiędzy Fundusze będzie wskazywany przez Ubezpieczonych.
- 30) **„Fundusz”** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela, podzielona na udziały o równej wartości i inwestowana w sposób określony w Warunkach i Opisie funduszy. Fundusze różnią się sposobem lokowania środków, oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym.
- 31) **„Jednostka uczestnictwa”** – proporcjonalny udział w aktywach Funduszu; inwestowanie w Fundusz oznacza nabycie Jednostek uczestnictwa tego Funduszu. Wszystkie Jednostki uczestnictwa danego Funduszu są tej samej wartości.
- 32) **„Cena Jednostki uczestnictwa”** – cena, po której Ubezpieczyciel nabywa i umarza Jednostki uczestnictwa.
- 33) **„Rachunek”** – utworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego odrębny rachunek, na którym zapisywane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki lokacyjne.
- 34) **„Subkonto”** – część Rachunku na której zapisywane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki lokacyjne finansowane odpowiednio:
 - a) ze środków Ubezpieczającego w ramach Składki lokacyjnej regularnej,
 - b) ze środków Ubezpieczającego w ramach Składki lokacyjnej nieregularnej,
 - c) ze środków Ubezpieczonego w ramach Składki lokacyjnej regularnej,
 - d) ze środków Ubezpieczonego w ramach Składki lokacyjnej nieregularnej.
- 35) **„Rezygnacja z opcji inwestycyjnej”** – oświadczenie Ubezpie-

czającego o zaprzestaniu opłacania Składki lokacyjnej regularnej i nieregularnej należnej za Ubezpieczonego.

- 36) **„Wartość Funduszu”** – jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów Funduszu).
- 37) **„Wybór opcji inwestycyjnej”** – zobowiązanie się Ubezpieczającego do opłacania Składki lokacyjnej regularnej, złożone z własnej inicjatywy Ubezpieczającego lub na wniosek Ubezpieczonego. Wybór opcji inwestycyjnej oznacza otwarcie Rachunku.
- 38) **„Opis Funduszy”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, który wchodzi w skład Umowy ubezpieczenia i określa cel i zasady funkcjonowania Funduszy, dostępnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 39) **„Wypłata z Rachunku”** – częściowa lub całkowita wypłata wartości z Rachunku.
- 40) **„Tabela Limitów i Opał”** – dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część Umowy ubezpieczenia, przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami, zawierający maksymalne stawki opłat i limity stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie głównej i w Umowach dodatkowych zawartych łącznie z Umową główną w przypadkach określonych w Warunkach.
- 41) **„Dzień akceptacji wniosku”** – nie później niż 10. dzień roboczy od dnia dostarczenia wniosku do Ubezpieczyciela. Termin ten ma zastosowanie do akceptacji zgodnych z Umową ubezpieczenia i jednoznacznie sformułowanych wniosków, z którymi związana jest konieczność dokonania wyceny Jednostek uczestnictwa. Termin ten nie ma zastosowania do wniosków o wypłatę Świadczenia.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowę główną zawiera się na czas nieokreślony.
5. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego Roku polisowego. Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny rok zgodnie z postanowieniami ust. 6.
6. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego Składki podstawowej w nowej wysokości zaproponowanej zgodnie z zasadami określonymi w art. 13 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela na kolejny Rok polisowy.
7. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 6, nie dotyczy tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym Roku polisowym.
8. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania Sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgody Ubezpieczonych na zmianę Umowy ubezpieczenia.
10. Zmiana, o której mowa w ust. 8, wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Warunków, a Ubezpieczający nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Art. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej Składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia wskazanego w ust. 1 jako dzień w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
3. Dzień rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umów dodatkowych wskazane są w Polisie lub innym Dokumentie ubezpieczenia.
4. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na kolejny Rok polisowy następuje po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego wysokości Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym Roku polisowym na zasadach określonych w art. 13 ust. 1.

Art. 5 KARENCA

1. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
2. W czasie Karencji Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Pracownika następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) Ukończenie 15 lat i nieukończenie 70 lat, z zastrzeżeniem art. 24 ust. 3,
 - b) istnienie określonego w Polisie stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym,
 - c) spełnianie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w Polisie, w szczególności kryteriów przynależności do Podgrupy.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
3. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 2, wymaga akceptacji Ubezpieczyciela. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
4. Warunkiem akceptacji zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia może być doręczenie określonych przez Ubezpieczyciela dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracownika lub poddanie się przez Pracownika badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Ubezpie-

cyziela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.

5. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową należną za danego Pracownika, pod warunkiem poinformowania o tym Ubezpieczyciela w trybie określonym w art. 9 ust. 6.
6. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem przez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej Podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do Podgrupy możliwe jest jedynie w Rocznicę polisy.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z Umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych Pracownika, który przekazał zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie został objęty ubezpieczeniem.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać pisemnie informację w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia.
 - 4a. Ubezpieczyciel na żądanie Ubezpieczonego jest zobowiązany do przekazania informacji określonych w ust. 3 i 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu na jego żądanie wymaganych informacji zmiana warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i Sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.
 - 4b. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
5. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia.
6. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokowania każdej wpłaconej Składki lokacyjnej do Funduszu na zasadach określonych w art. 17.

Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać Składkę całkowitą w terminach podanych w Polisie, w wysokości naliczonej zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji określonych w art. 8 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3,
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 4.
- 3a. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- 3b. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu Potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 8 ust. 4b.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani poinformować Ubezpieczyciela o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela. Naruszenie tego obowiązku zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których Składka podstawowa ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 5, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
7. Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego Roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy. Ubezpieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

Art. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Wysokość Składki podstawowej obowiązująca w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-5, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej.

- niowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
 4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 13 ust. 3 i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka podstawowa jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
 8. W razie niedoręczenia Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, Ubezpieczyciel oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpieczycielowi informacji.
 9. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej oraz, o ile nie uzgodniono inaczej w Umowie ubezpieczenia, wysyła Ubezpieczającemu drogą elektroniczną dokument uwzględniający wysokość składki najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Ubezpieczający jest zobowiązany do wskazania oraz bieżącej aktualizacji danych dotyczących osoby kontaktowej oraz adresu poczty elektronicznej przeznaczonych do przekazywania wyżej opisanego dokumentu księgowego.
 10. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 11. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.
 12. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.

Art. 11 SKŁADKA LOKACYJNA

1. Ubezpieczający może dokonać wyboru opcji inwestycyjnej, pod warunkiem, że Składka całkowita jest opłacana na bieżąco. Oświadczenie o Wyborze opcji inwestycyjnej może być złożone Ubezpieczycielowi przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia lub w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie złożone w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego.

2. Wysokość Składki lokacyjnej regularnej jest ustalana z chwilą dokonania wyboru opcji inwestycyjnej i może być zmieniona w każdym czasie. Zmiana staje się skuteczna z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego. Uzgodniona wysokość Składki lokacyjnej regularnej określona jest w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
3. Wysokość Składki lokacyjnej regularnej nie może być niższa od minimalnej wysokości Składki lokacyjnej regularnej określonej w Tabeli Limitów i Opłat. Składka lokacyjna regularna jest opłacana łącznie ze Składką podstawową, z częstotliwością przyjętą dla opłacania Składki podstawowej.
4. W przypadku wpłaty Składki lokacyjnej nieregularnej, jej wysokość nie może być niższa od minimalnej wysokości Składki lokacyjnej nieregularnej, określonej w Tabeli Limitów i Opłat. Składka lokacyjna nieregularna może być wpłacana tylko łącznie ze Składką podstawową.
5. Składka lokacyjna regularna i Składka lokacyjna nieregularna są opłacane przez Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o rezygnacji z opcji inwestycyjnej w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego lub z dniem najbliższej Rocznicy polisy, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego lub przed Rocznicą polisy.
7. Składka lokacyjna może być finansowana ze środków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

Art. 12 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita może być opłacana z częstotliwością:
 - a) miesięczną,
 - b) kwartalną,
 - c) półroczną,
 - d) roczną.
2. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 7.
3. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej jest określona w Polisie.
4. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności Składki podstawowej. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.

Art. 13 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI

1. Na 30 dni przed Rocznicą polisy Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o wysokości Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym Roku polisowym, obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 10 ust. 4. Nową wysokość Składki podstawowej uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą polisy. Postanowienie art. 8 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
2. Niezależnie od trybu zmiany składki określonego w ust. 1 w każdą Rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 7.
3. W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego struktury Ubezpieczonych (dane, o których mowa w art. 10 ust. 4) w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej co najmniej o 20% Ubezpieczyciel ma prawo do

ponownego określenia wysokości Składki podstawowej. Przy ocenie stopnia zmian struktury Ubezpieczonych Ubezpieczyciel uwzględni również Ubezpieczonych, za których opłacanie Składki podstawowej zostało zawieszono oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie wypowie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.
5. Zmiana wysokości Składki podstawowej w trybie określonym w ust. 3 nie powoduje zmiany wysokości Składki lokacyjnej regularnej.

Art. 14 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

1. Począwszy od pierwszej Rocznic polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Ubezpieczyciela, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku w terminie określonym w art. 9 ust. 5. Zawieszenie opłacania Składek podstawowych oznacza zawieszenie opłacania Składek całkowitych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania składki.
3. W okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego Składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Opłacanie Składki całkowitej może być zawieszono na nie więcej niż jeden rok.
5. Wznowienie opłacania Składki podstawowej lub Składki całkowitej nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
6. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Ubezpieczyciela.
7. W okresie zawieszenia opłacania Składki całkowitej lub Składki podstawowej należnej za Ubezpieczonego Ubezpieczony zachowuje prawo do dokonania wypłaty z Rachunku.

Art. 15 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 7.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

FUNDUSZE

ART. 16 RODZAJE I CEL FUNDUSZY

1. Celem Funduszu jest długoterminowe powiększanie wartości jego aktywów. Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji są dopisywane do Funduszu, powiększając jego wartość.
2. Ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu określonego w ust. 1.
3. Każdy Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa, reprezentujące proporcjonalny udział w jego aktywach.
4. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość Funduszu ani na łączną wartość Jednostek uczestnictwa zapisanych na Rachunku.
5. W przypadku Wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczający lub

Ubezpieczony, w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia wybiera Fundusze, w które będą alokowane Składki lokacyjne.

6. Fundusze wybrane dla Ubezpieczonego są określone w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Rodzaje Funduszy oferowanych przez Ubezpieczyciela oraz ich polityka inwestycyjna określone są w Opisie Funduszy.
8. Ubezpieczający otrzymuje Opis Funduszy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może zmieniać Opis Funduszy w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
10. W razie połączenia, likwidacji lub wprowadzenia nowego Funduszu Ubezpieczyciel nie później niż w najbliższą rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający treść zmiany w Opisie Funduszy.
11. Jeżeli na Rachunku zostały zarejestrowane Jednostki uczestnictwa Funduszu, który podlega połączeniu lub likwidacji, to:
 - a) Dokument ubezpieczenia zawierający treść zmiany w Opisie Funduszy, zostanie doręczony Ubezpieczającemu przed wejściem zmiany w życie,
 - b) Ubezpieczający w terminie 30 dni od otrzymania informacji o tej zmianie powinien złożyć wniosek o przeniesienie. Jeżeli Ubezpieczyciel nie otrzyma wniosku o przeniesienie, to dokona przeniesienia samodzielnie z usuwanego Funduszu do innego, pozostającego w ofercie o zbliżonym profilu ryzyka inwestycyjnego.
12. Zmiana Umowy wchodzi w życie z dniem połączenia, likwidacji lub wprowadzenia nowego Funduszu.

ART. 17 ALOKACJA SKŁADEK

1. Po zaksięgowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty Składki lokacyjnej na koncie danej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nabędzie na Rachunek Ubezpieczonego liczbę Jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia Składki lokacyjnej, przez Cenę Jednostki uczestnictwa wybranego Funduszu z 3. dnia wyceny Jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaksięgowania wpłaty Składki lokacyjnej przez Ubezpieczyciela, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który należna jest dana Składka całkowita. Zaksięgowanie składki na koncie danej Umowy ubezpieczenia następuje nie później, niż drugiego dnia roboczego po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela Składką całkowitą.
2. Liczba Jednostek uczestnictwa nabywanych na Rachunek jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.
3. Wskazanie Funduszu lub Funduszy, w które mają być alokowane Składki lokacyjne, następuje w momencie dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej.
4. Składka lokacyjna nieregularna jest alokowana w te same Fundusze, w które alokowana jest Składka lokacyjna regularna, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczony wskaże inaczej.
5. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo w dowolnym terminie trwania Umowy ubezpieczenia do zmiany Funduszy, w które alokowana jest Składka lokacyjna, poprzez złożenie wniosku o zmianę Funduszy.
6. Zmiana, o której mowa w ust. 5, staje się skuteczna, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę Funduszy, pod warunkiem przekazania go Ubezpieczycielowi najpóźniej na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.
7. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo przenieść Jednostki uczestnictwa z jednego Funduszu do innego Funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela w ramach odpowiedniego Subkonta, z zastrzeżeniem art. 21 ust. 3.
8. Przeniesienie Jednostek uczestnictwa odbywa się na podstawie wniosku Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i polega na umorzeniu Jednostek uczestnictwa Funduszu według Ceny Jednostki uczestnictwa tego Funduszu i następnie na nabyciu odpo-

wiedniej liczby Jednostek uczestnictwa innego Funduszu według Ceny Jednostki uczestnictwa tego Funduszu. Wniosek o zmianę Funduszu zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela. Umorzenie i nabycie Jednostek uczestnictwa dokonywane jest według Cen Jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później niż w 7. dniu roboczym od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku o przeniesienie Jednostek uczestnictwa.

ART. 18 WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY

1. Wartość Funduszu w danym dniu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów Funduszu).
2. Wycena wartości netto aktywów Funduszu jest dokonywana w każdym dniu roboczym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości na podstawie rzeczywistych cen rynkowych aktywów Funduszu, według stanu na koniec poprzedniego dnia roboczego. Jeżeli dokonanie wyceny Funduszu w powyższy sposób nie jest możliwe, wycena Funduszu jest dokonywana na podstawie ostatnich znanych cen rynkowych aktywów Funduszu i znanych wartości księgowych jego aktywów.

ART. 19 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

Cena Jednostki uczestnictwa obowiązująca w danym dniu jest ustalana poprzez podzielenie wartości netto aktywów Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek uczestnictwa danego Funduszu.

ART. 20 WYPŁATA Z RACHUNKU

1. Ubezpieczony może w dowolnym momencie dokonać wypłaty z Rachunku poprzez wskazanie wartości wypłaty oraz:
 - a) wskazanie Funduszu lub Funduszy z których Jednostki uczestnictwa mają zostać umorzone lub
 - b) wskazanie Subkonta, z którego ma być dokonana wypłata.
2. Wypłata z Rachunku następuje na wniosek Ubezpieczonego.
3. W przypadku wypłaty z Rachunku podstawą obliczania jego kwoty wypłaty jest Cena Jednostki uczestnictwa Funduszu, ustalona podczas 3. dnia wyceny Jednostki uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę z Rachunku. Wniosek o wypłatę z Rachunku zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty z Rachunku nie później niż w terminie 20 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę z Rachunku oraz innych niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku, jeśli Ubezpieczony nie wskaże we wniosku o wypłatę z Rachunku Funduszu lub Funduszy, których Jednostki mają być umorzone, Ubezpieczyciel umorzy Jednostki uczestnictwa z każdego Funduszu proporcjonalnie do łącznej wartości Funduszy zapisanych na wskazanym Subkoncie Rachunku.
6. W przypadku, jeśli Ubezpieczony nie wskaże we wniosku o wypłatę z Rachunku Subkonta lub Subkont, z których Jednostki uczestnictwa mają być umorzone, Ubezpieczyciel umorzy Jednostki uczestnictwa z każdego Subkonta, do wypłaty z którego uprawniona jest osoba składająca wniosek o wypłatę z Rachunku, proporcjonalnie do łącznej wartości Jednostek zapisanych na Subkoncie lub Subkontach Rachunku.
7. Wypłata z Rachunku podlega opłacie określonej w art. 21 ust 1.
8. W przypadku wypłaty z Rachunku następującej z przyczyn wskazanych w Tabeli Limitów i Opłat, nie pobiera się opłaty, o której mowa w ust. 7.
9. W przypadku wypłaty z Rachunku następującej po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej wartość Funduszu obliczana jest po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej podczas 3 dnia wyceny następującej po dniu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa. Wniosek o wypłatę zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Ubez-

pieczyciela.

10. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wartość Rachunku zostanie wypłacona w całości na wniosek Ubezpieczonego.
11. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu wartość Rachunku w całości na zasadach określonych w ust. 9.

ART. 21 OPŁATY

1. W przypadku wypłaty wartości Funduszy pobierana jest opłata za wypłatę wartości Funduszy w wysokości określonej w Tabeli Limitów i Opłat.
2. Z tytułu zarządzania Funduszem Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę, która jest pobierana w każdym dniu wyceny wartości aktywów danego Funduszu proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres, który upłynął od dnia poprzedniej wyceny aktywów tego Funduszu. Opłata ta jest określona jako procent od wartości aktywów Funduszu w wysokości wskazanej w Tabeli Limitów i Opłat.
3. W przypadku przeniesienia wartości Jednostek Funduszu, o którym mowa w art. 17 ust. 7, pobiera się opłatę za zmianę Funduszu w wysokości określonej w Tabeli Limitów i Opłat. Opłata ta jest pobierana z wartości Jednostek uczestnictwa zapisanych na Rachunku przenoszonej do nowo wybranego Funduszu.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

Art. 22 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

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

Art. 23 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia zostanie doręczone Ubezpieczycielowi później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki całkowitej najpóźniej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania Składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności składki, Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono Składkę całkowitą.
3. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana z powodu niezaakceptowania przez Ubezpieczającego nowej wysokości Składki podstawowej na kolejny Rok polisowy lub z jakiegokolwiek innego powodu, opcja inwestycyjna, stanowiąca część Umowy głównej także zostanie rozwiązana.

Art. 24 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,

- c) rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b),
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
2. Za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust. 1 pkt a)-c).
 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt d), za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej Roczniicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

Art. 25 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

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

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Art. 26 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego i Wartości Funduszu. Wartość Funduszu obliczana jest po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej podczas 3. dnia wyceny Jednostek uczestnictwa następującej po dniu zarejestrowania wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Ubezpieczyciela

Art. 27 OSOBY UPRAWNIONE. SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
2. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust. 3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego

w następującej kolejności:

- a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) rodzeństwo,
 - e) dzieci rodzeństwa.
5. Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego wymienionych w ust. 4 zaliczonych do wyższej kategorii wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpieczonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a” – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpieczonego zaliczani do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
 6. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
 7. Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Ubezpieczycielowi. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
 8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - c) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w ust. 4 i 6,
 - d) innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 10. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 11. Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w ust. 4 i 6, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.
- ##### **Art. 28 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**
1. Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności.
 2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była spowodowana lub zaszła w następstwie:

- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia Składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela lub w okresie zawieszenia opłacania Składki Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia.

Art. 29 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 27 ust. 4 i 6, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela wynikające z Umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 27 ust. 4 i 6, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, lub dotyczącego odwołania, o którym mowa w ust. 5, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 35.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 30 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w Polisie.
2. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 31 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

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

Art. 32 ZMIANA UMOWY GŁÓWNEJ

1. Zmiana Umowy głównej na niekorzyść Ubezpieczonych lub

- osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy głównej.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 1, wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Warunków, a Ubezpieczający nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków.

Art. 33 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 34 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 29, powinny być przekazywane do siedziby Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 29 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie. Ubezpieczyciel przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 35 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub odpowiednio innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 27 ust. 4 i 6.

Art. 36 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

Art. 37 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 57/2013 z dnia 28 października 2013 roku, wchodzi w życie z dniem 12 listopada 2013 r.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ADR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony

- ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
 4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 Warunków Umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

- b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wnioski o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy

wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ADT7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADT6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Wypadek komunikacyjny”** – nagły, niezależny od woli Ubezpiezonego i wywołany przyczyną zewnętrzną nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 10) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych Warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 11) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpiezonego wskutek wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obowiązywania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpiezonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu wpłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem że wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego

- e) energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - f) samookaleczenia Ubezpiezonego lub okaleczenia Ubezpiezonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) prowadzenia przez Ubezpiezonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - j) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpiezonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - k) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpiezonego na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - l) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpiezonego,
 - m) udziału Ubezpiezonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WADR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem WADR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WADR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpiezonego wskutek wypadku przy pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpiezonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpiezonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) **„Wypadek przy pracy”** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony, w ramach łączącego Ubezpiezonego z Ubezpieczającym stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpiezonego na rzecz jego Ubezpieczającego zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 2. w czasie pozostawania Ubezpiezonego w dyspozycji Ubezpieczającego w drodze między siedzibą Ubezpieczającego a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 3. w czasie trwania podróży służbowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpiezonego wskutek wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpiezonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z ty-

tułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczy-

ciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek wypadku przy pracy lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku przy pracy będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej

osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu art. 1 pkt 6 Warunków,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę.
 - e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,

- f) samookaleczenia Ubezpiezonego lub okaleczenia Ubezpiezonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - i) prowadzenia przez Ubezpiezonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - j) udziału Ubezpiezonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpiezonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
 4. Za wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol




Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPowodOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU HSDR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HSDR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSDR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Zawał serca”** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone:
 - a) typowym dla zawału serca bólem w klatce piersiowej, świeżymi zmianami w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzającym wystąpienie zawału serca i znaczącym podwyższeniem stężenia enzymów sercowych krwi,
 - b) badaniem sekcyjnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 6) **„Udar mózgu”** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych uszczerbków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 24 godziny lub w krótszym okresie, jeśli w tym okresie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego. Rozpoznanie musi zostać poparte:
 - a) świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI),
 - b) badaniem sekcyjnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: zawał mózgu, krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był zawał serca lub udar mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ciągu 30 dni od diagnozy.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy

dotatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych

przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 Warunków Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 Warunków Umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - e) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było

możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków w zażytych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zawał lub udar mózgu będące przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem PDR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 6) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 7) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, oraz utrzymuje się po

upływie tego okresu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) Sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwale całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - c) wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za trwale częściowe inwalidztwo oraz za trwale całkowite inwalidztwo.
2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z Nieszczęśliwych wypadków.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

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

Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.
11. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozsz-

- e) czeplenia jądrowego lub promieniotwórczość, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczają-

jącemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt a) oraz c),
 - d) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) i d) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia. Anna Grzelonka Ewa Zorychta-Kąkol

A. Grzelonka

Członek Zarządu

E. Zorychta-Kąkol

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPowodowanego Nieszczęśliwym WYPADKIEM Z MIESIĘCZNYM ŚWIADCZENIEM PDR7+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDR7+.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR7+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 6) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 7) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wskazaną w art. 9 ust. 8) oraz nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni

- licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek podania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie trwałego całkowitego lub częściowego inwalidztwa w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie

oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
 - a) jednorazowej wypłaty w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
 - I. nastąpiło trwale całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub
 - II. nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że stopień inwalidztwa wynosi łącznie co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wymienioną w art. 9 ust. 8.
2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust. 1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpie-

czycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

7. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.
8. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ustali stopień inwalidztwa zgodnie z tabelą poniżej.

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

Przy czym:

- a) **Utrata** – fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
- b) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- c) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania

postępowaniem terapeutycznym.

- d) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - e) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - f) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego,

wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,

- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego, wydarzy się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 50% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol

A. Grzełońska



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPowodOWANEJ NIEszCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDW7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDW7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDW7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 5a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - a) mycie,
 - b) ubieranie się,
 - c) odżywianie,
 - d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - e) kontrola czynności fizjologicznych.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej

egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygaśa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygaśa.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela

z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek podania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Ubezpieczyciela orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.
7. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może wypłacić świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w art. 1 pkt. 5.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzył się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wydarzył się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącz-

nie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej Umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY TPD7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem TPD7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
- 5a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - a) mycie,
 - b) ubieranie się,
 - c) odżywianie,
 - d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - e) kontrola czynności fizjologicznych.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej
- 7) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 10) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

- 12) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem, że niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) spowodowane chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem – trwały nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie Karencji, o których mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że

Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony pozostaje w stanie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez

Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:

- a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Niezdolności do pracy lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania choroby będących przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających okoliczności choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokura-

turze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

5. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Ubezpieczyciela orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może wypłacić Świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w art. 1 pkt 5.
8. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - g) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - h) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji powstała wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których nastąpiła niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do

samodzielnej egzystencji, wydarzyły się po Dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których nastąpiła niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których nastąpiła niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wydarzyły się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013

roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LHB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem LHB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 6) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 7) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem na-

stępnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek podania się badaniom lekarskim, które przeprowadzone są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony, jest zdarzeniem objętym

zakresem Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu

jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 7, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 6 ust. 5.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udostępnia tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) oświadczenia Ubezpieczonego dotyczącego zajścia i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpie-

czonemu na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

- f) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej Umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego

następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU LHSD7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem LHSD7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHSD7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Zawał serca”** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 6) **„Udar mózgu”** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 7) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
- 8) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu niekorzystnie poprawy.
- 9) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 11) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

13) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.

14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywa-

nia Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzone są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od

postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone, jeżeli stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
4. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 9, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 6 ust. 5.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe.
9. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
10. Dokumenty, o których mowa w ust. 9, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca

wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

11. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli uszczerbek na zdrowiu powstał wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpie-

czyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

Zawał serca

- 1) Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z wydolnym układem krążenia klasy I wg NYHA w zależności od występowania trwałych zmian w zapisie EKG lub badaniach obrazowych **10-15%**.
- 2) Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami względnej wydolności krążenia klasy II wg NYHA **20-40%**.
- 3) Udokumentowany przebyty zawał mięśnia sercowego z cechami niewydolności krążenia klasy III lub IV wg NYHA **40-99%**.

Udar mózgu

Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu oceniany w oparciu o istniejące objawy lub ubytki neurologiczne mające wpływ na zdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego.

Uszczerbek w przedziale **5-100%** oceniany jest w oparciu o wyniki badania neurologicznego i wyniki badań obrazowych.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA DSB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem DSB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całko-

witej.

4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie karencji Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczy-

ciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest

Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.

3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) dokument potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia związku małżeńskiego i nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.
3. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie

zostanie wypłacone.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM SADR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SADR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całko-

witej.

4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana

jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem, że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:

- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) dokument potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wnioski o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia przez Małżonka pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Małżonek nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie

- zostanie wypłacone.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO SADT7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SADT7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Wypadek komunikacyjny”** – nagły, niezależny od woli Małżonka i wywołany przyczyną zewnętrzną nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Małżonek jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych Warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 11) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Małżonka nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu wpłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatycznie przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo, w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie

z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Roczną polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Roczną polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu Umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, pod warunkiem że wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 27 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze,
 - e) dokument potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

- f) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) prowadzenia przez Małżonka pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Małżonek nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - j) wypadku w ruchu wodnym, zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - l) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 13 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpie-

czeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzebińska

Ewa Zorychta Kakał

członek Zarządu

członek Zarządu





OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SLHB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SLHB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SLHB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7 do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 6) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 7) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 13) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego u niej uszczerbek na zdrowiu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności

z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela, Małżonek ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzone są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Małżonek jest zdarzeniem objętym zakresem Umo-

wy dodatkowej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustala na jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 7 oraz na podstawie wyników badań lekarskich o których mowa w art. 6 ust. 5.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Małżonka, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udostępni tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
9. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na

- f) jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- g) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- h) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
- i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
- j) prowadzenia przez Małżonka pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Małżonek nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c), ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol

A. Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol

Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO FCR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem FCR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Współubezpieczony”** – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 7) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 8) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 9) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 12) **„Karencja”** – okres liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 14) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 15) **„Poronienie”** – wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).
- 16) **„Narodziny żywego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.

- 17) **„Narodziny martwego Dziecka”** – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 18) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 19) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W zależności od wariantu określonego w Polisie Umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (kod DPB7),
 - b) wariant B – narodziny żywego Dziecka (kod BCB7),
 - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB7),
 - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB7),
 - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB7),
 - f) wariant F – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB7).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust. 1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, ale nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja z zastrzeżeniem art. 10 ust. 5.
5. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Współubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem oraz z tytułu osierocenia Dziecka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 4.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.

2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.
5. Każda zmiana Umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę Umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 i 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,

- e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową odrębnie dla każdego wariantu wybranego przez Ubezpieczającego jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu, odrębnie dla każdego wariantu wybranego przez Ubezpieczającego.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
 - b) każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
3. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia art. 27 ust. 2, 3, 7 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - lub
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,

- b) wariant B – narodziny żywego Dziecka:
- odpisu aktu urodzenia Dziecka,
- c) wariant C i D – śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio:
- odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka,
- lub
- zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu,
- d) wariant E – osierocenie Dziecka:
- odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy głównej,
- e) wariant F – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem:
- odpisu aktu zgonu Rodzica,
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- lub
- odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 4, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 i 5, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,

- c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka była spowodowana lub wydarzyła się w następstwie choroby wrodzonej lub dziedzicznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Poronienia lub Narodzin martwego Dziecka.
4. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
5. W przypadku Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania Umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, przez okres dziewięciu miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu narodziny żywego Dziecka.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 57/2013 z dnia 28 października 2013 roku, wchodzą w życie z dniem 12 listopada 2013 r.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO CIB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CIB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 7) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 12) **„Grupy poważnych zachorowań”** – grupy wskazujące Poważne zachorowania wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące Poważne zachorowania:
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroba Alzheimera lub demencja, stan wegetatywny/zespół apaliczny, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie mózgu, zaawansowana niewydolność oddechowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, toczень trzewny układuwy, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatość Wegenera, ciężka sepsa, wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego Crohna, postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
 - b) **Grupa II** – zawał serca, operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty, kardiomiopatia,

- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu, operacja mózgu,
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia, paraliż, utrata kończyn, ciężki uraz mózgu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (CIB7_A) albo wariantie rozszerzonym (CIB7_B) albo w wariantie pełnym (CIB7_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątku czerniaka złośliwego wyższym przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 - c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii. jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
 - d) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgu.

zgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- i. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- ii. obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- iii. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- i. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- ii. zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- iii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

i) **„Utrata słuchu”** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

4. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.

c) **„Stwardnienie rozsiane”** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.

d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

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

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

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

g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszczątkowej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficzne potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.

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

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

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób),

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

j) **„Choroba Creutzfeldta-Jakoba”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpieli (bez pomocy innych osób).

k) **„Zakażenie wirusem HIV/AIDS”** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:

- Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
- Jako wynik przypadkowego ułknięcia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodat-

kowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.

- Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) **„Ciężka sepsa”** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczonemu objętemu są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,50C lub < 360C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuro mięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.

5. Zakres ubezpieczenia w wariantach pełnym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

a) **„Choroba Alzheimera lub demencja”** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.

b) **„Operacja mózgu”** – przebieg operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym.

Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.

c) **„Kardiomiopatia”** – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy

jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca usi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi.). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.

d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współstaniu przynajmniej jednego z poniższych:

- schyłkowa niewydolność nerek,
- schyłkowa niewydolność oddechowca,
- utrata wzroku,
- utrata słuchu.

f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczką,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego – Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:

- usunięcie całego jelita grubego (okrężnicy),
- częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

i) **„Zaawansowana niewydolność oddechowca”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,

- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) nie wyższe niż 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwałe ubytki neurologiczne (spowodowane uszkodzeniem mózgu) powstałe w wyniku niebezpiecznego wypadku, stwierdzane w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

k) **„Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzone przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.

m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:

- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgnowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
- typowy obraz elektromiograficzny,
- rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.

n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa.

Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:

- stawy międzypaliczkowe rąk
- stawy nagarstkowe
- stawy łokciowe
- stawy kręgosłupa szyjnego
- stawy kolanowe
- stawy stóp

Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,

- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
 - higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).
- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- twardziny ograniczonej (morphea),
 - zlokalizowanych postaci skleroderмии (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
 - eozynofilowego zapalenia powięzi,
 - zespołu CREST.
- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.
- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
6. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 90-dniowa Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
- a) nowotwór złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu,
 - c) operacja aorty,
 - d) operacja zastawek serca,
 - e) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - f) zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - g) operacja mózgu,
 - h) kardiomiopatia,
 - i) przewlekłe zapalenie trzustki,
 - j) wrzodzące zapalenie jelita grubego,
 - k) choroba Leśniowskiego – Crohna,
 - l) toczeń trzewny układowy
7. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastykowej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, cho-

roby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimerera lub demencji, stanu wegetatywnego/zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej skleroderмии), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,

- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt. j) dwunastomiesięcznego okresu,
- e) w przypadku wrzodzącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okreźnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania, o których mowa w art. 2 ust. 3 – 5.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w wariantcie podstawowym lub w wariantcie rozszerzonym lub w wariantcie pełnym.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczonego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.

4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 6.
6. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 -5, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 – 5, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed

Roczną polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:

- a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 10.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 7.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 2 ust. 3 pkt. j) jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie należało do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.

5. Jeżeli Poważne zachorowanie, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należało do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
10. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
11. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubez-

- f) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał, w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-lecznicze i zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 5 i 6.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem do-

reżenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 4a) oraz art. 9 ust. 10.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NA CHOROBY ZAKAŻNE CIB7_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CIB7_D.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB7_D podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 7) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących Poważnych zachorowań na choroby zakaźne w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Wścieklizna”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
 - zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
 - niedowład lub porażenie,
 - skurcze mięśni przełyku,
 - wodowstręt,
 - majaczenie,
 - drgawki,
 - niepokój.Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
 - wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
 - bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze.Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.
 - c) **„Żółta gorączka”** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - wykrycie antygeny wirusa żółtej gorączki,
 - wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
 - d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygeny O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
 - e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
 - bóle głowy,
 - ból pozagałkowy,
 - bóle mięśni,
 - bóle stawów,
 - wysypka,
 - objawy krwotoczne,
 - leukopenia.Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykuczeniu reakcji krzyżowych z innymi flavivirusami.

- f) **„Dur brzuszny”** – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego Salmonella typhi. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek Salmonella typhi z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa Salmonella typhi lub Salmonella paratyphi.

- g) **„Malaria”** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju Plasmodium. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy Plasmodium spp. w krwi lub
 - wykryto antygen Plasmodium spp.
- h) **„Schistosomatoza”** – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju Schistosoma – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- i) **„Zgorzel gazowa”** – zakażenie przyranne wywołane bez-tlenową laseczką Clostridium perfringens. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów Clostridium perfringens z materiału klinicznego.
- j) **„Neuroborelioza”** – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętką Borrelia burgdorferi), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzowego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielkorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia,

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja krętków Borrelia spp. z materiału klinicznego,
- znamieny wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
- wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania, o których mowa w art. 2 ust. 2.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 6.
6. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek podania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Roczną polisą oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Roczną polisę na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 7.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 3.
3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
7. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

- f) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał, w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-lecznicze i zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 5 i 6.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu

później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 7.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol




Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SCIB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SCIB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 13) **„Grupy Poważnych zachorowań”** – grupy wskazujące Poważne zachorowania wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące Poważne zachorowania,
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroba Alzheimera lub demencja, stan wegetatywny/zespół apaliczny, przewlekłe zapalenie trzustki, zapalenie mózgu, zaawansowana niewydolność oddechowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń trzewny układu, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatość Wegenera, ciężka sepsa, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego Crohna, postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),

- b) **Grupa II** – zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty, kardiomiopatia,
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu, operacja mózgu,
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia, paraliż, utrata kończyn, ciężki uraz mózgu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (SCIB7_A) albo wariantie rozszerzonym (SCIB7_B), albo w wariantie pełnym (SCIB7_C).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:

- a) **„Nowotwór złośliwy”** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątku czerniaka złośliwego wyższym przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 - c) **„Zawał serca”** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (tropoiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego
 - ii. jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo po-

wstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

- d) **„Udar mózgu”** – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- i. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- ii. obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- iii. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- i. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- ii. zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- iii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

- e) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

- f) **„Operacja pomostowania naczyń wieńcowych bypass”** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

- g) **„Przeszczep narządów”** – przeszczepienie Małżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep narządu musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

- h) **„Utrata wzroku”** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- i) **„Utrata słuchu”** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- j) **„Utrata mowy”** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych.

Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

4. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań lub zabiegów:

- a) **„Operacja aorty”** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

- b) **„Operacja zastawek serca”** – pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa. c) Stwardnienie rozsiane – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.

- d) **„Ciężkie oparzenia”** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

- e) **„Anemia aplastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- podawanie preparatów stymulujących szpik,
- podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

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

- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- trwała żółtaczką,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna.

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

- g) **„Angioplastyka tętnic wieńcowych”** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszskórnej angioplastyki tętnic

wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficzne potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.

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

i) „**Choroba Parkinsona**” – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 z listy 6 podstawowych potrzeb życiowych, pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpielii (bez pomocy innych osób).

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

j) „**Choroba Creutzfeldta-Jakoba**” – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnego kąpielii (bez pomocy innych osób).

k) „**Zakażenie wirusem HIV/AIDS**” – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów: • przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zaka-

żonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia,

- jako wynik przypadkowego ułknięcia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia,

- przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

l) „**Ciężka sepsa**” – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczonemu objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,50C lub < 360C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej ani sepsy wtórnej do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.

5. Zakres ubezpieczenia w wariantach pełnym obejmuje wystąpienie u Małżonka Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 3 i 4, oraz dodatkowo następujących Poważnych zachorowań:

a) „**Choroba Alzheimera lub demencja**” – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS.

b) „**Operacja mózgu**” – przebiecie operacji mózgu wykonanej na podstawie wskazań ustalonych przez specjalistę

neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję i w znieczuleniu ogólnym.

Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu wykonywanych z powodu urazów.

- c) **„Kardiomiopatia”** – dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) powodująca niewydolność serca odpowiadającą czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA – Klasa IV wg klasyfikacji NYHA oznacza występowanie objawów niewydolności krążenia nawet w spoczynku i nasilenie tych dolegliwości przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej pomimo prawidłowo prowadzonego postępowania terapeutycznego; niewydolność serca musi zostać potwierdzona badaniem klinicznym i badaniami laboratoryjnymi.). Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii poalkoholowej.

- d) **„Zapalenie mózgu”** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

- e) **„Ziarniniakowatość Wegenera”** – Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współstaniu przynajmniej jednego z poniższych:

- schyłkowa niewydolność nerek,
- schyłkowa niewydolność oddechowa,
- utrata wzroku,
- utrata słuchu.

- f) **„Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu”** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w usg,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczką,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, toksynami lub lekami.

- g) **„Wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego – Crohna”** – wrzodzące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca zastosowania co najmniej jednej z poniższych metod leczenia:

- usunięcie całego jelita grubego (określony),
- częściowa resekcja jelita cienkiego wykonana podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

- h) **„Utrata kończyn”** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym

urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

- i) **„Zaawansowana niewydolność oddechu”** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) nie wyższe niż 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

- j) **„Ciężki uraz mózgu”** – trwały ubytek neurologiczny (spowodowany uszkodzeniem mózgu) powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzany w okresie co najmniej sześciu tygodni od daty tego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczny obraz rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych badań obrazowych. Urazy rdzenia kręgowego oraz uszkodzenia głowy spowodowane innymi przyczynami nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

- k) **„Zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych”** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

- l) **„Stwardnienie zanikowe boczne”** – jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia zanikowego bocznego postawione na podstawie jednoznacznych i odpowiednich objawów klinicznych przez specjalistę neurologa.

- m) **„Dystrofia mięśniowa”** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:

- osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgnowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
- typowy obraz elektromiograficzny,
- rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.

- n) **„Przewlekłe zapalenie trzustki”** – postępujące śródmiąższowe uszkodzenie trzustki związane z nawracającymi atakami ostrego zapalenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę gastroenterologa lub chirurga w oparciu o wyniki współczesnych badań obrazowych.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób trzustki powstałych skutkiem nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

- o) **„Paraliż”** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa.

Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

- p) **„Reumatoidalne zapalenie stawów”** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów:

- stawy międzypaliczkowe rąk,
- stawy nagarstkowe,
- stawy łokciowe,
- stawy kręgosłupa szyjnego,
- stawy kolanowe,
- stawy stóp.

Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech podstawowych czynności życiowych do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób),

- r) **„Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)”** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza reumatologa lub dermatologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- twardziny ograniczonej (morphea),
- zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
- eozynofilowego zapalenia powięzi,
- zespołu CREST.

- s) **„Toczeń trzewny układowy”** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie tocznia trzewnego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach.

Termin „międzynarodowe kryteria diagnostyczne” obejmuje w szczególności „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.

- t) **„Stan wegetatywny/Zespół apaliczny”** – stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 30 dni i powodujący powstanie trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

6. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 90-dniowa Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:

- nowotwór (guz) złośliwy,
- łagodny nowotwór mózgu,
- operacja aorty,
- operacja zastawek serca,
- choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- zakażenie wirusem HIV/AIDS,

- operacja mózgu,
- kardiomiopatia,
- przewlekłe zapalenie trzustki,
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- choroba Leśniowskiego – Crohna,
- toczeń trzewny układowy.

7. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:

- w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozlanego, ciężkiego oparzenia, anemii plastykowej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimerera lub demencji, stanu wegetatywnego/zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zaawansowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowości Wegenera, ciężkiej sepsy, postępującej twardziny układowej (uogólnionej sklerodermii), kardiomiopatii, utraty kończyn, ciężkiego urazu mózgu, paraliżu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania,
- w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych, operacji mózgu – dzień zabiegu operacyjnego,
- w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt j) dwunastomiesięcznego okresu,
- w przypadku wrzodziejącego zapalenie jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cienkiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
- W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w art. 2 ust. 3 – 5.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w wariantcie podstawowym lub wariantcie rozszerzonym lub w wariantcie pełnym.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 6.
6. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 – 5, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony zapewni, że na wniosek Ubezpieczyciela Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 – 5, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.

3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) wybranego wariantu Umowy dodatkowej.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Małżonkowi, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 10.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 7.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 2 ust. 3 pkt. j) jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie należało do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy

dotatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.

5. Jeżeli Poważne zachorowanie, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należało do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Małżonka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - g) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - h) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
10. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
11. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,

- c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten pozostawał świadomie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-lecznicze i zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Małżonka Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka.
 5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 5 i 6.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na pro-

wadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 4 a) oraz art. 9 ust. 10.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Małżonka Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA NA CHOROBY ZAKAŻNE SCIB7_D

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SCIB7_D.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu Poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka Ubezpieczonego jednego z następujących Poważnych zachorowań na choroby zakaźne w okresie, w którym Ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Wścieklizna”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
 - zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
 - niedowład lub porażenie,
 - skurcze mięśni przełyku,
 - wodowstręt,
 - majaczenie,
 - drgawki,
 - niepokój.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego,
- wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
- wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
- potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.

- b) **„Tężec”** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:

- bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
- bolesne skurcze mięśni tułowia,
- uogólnione skurcze.

Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek *Clostridium tetani* z miejsca zakażenia lub wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi.

- c) **„Żółta gorączka”** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką.

Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
- wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
- wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

- d) **„Cholera”** – ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka), izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygeny O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enetrotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.

- e) **„Gorączka denga”** – ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której wg opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:

- bóle głowy,
- ból pozagałkowy,
- bóle mięśni,
- bóle stawów,
- wysypka,
- objawy krwotoczne,
- leukopenia.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.

- f) „**Dur brzuszny**” – ostra układowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego Salmonella typhi. Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek Salmonella typhi z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
- bóle głowy,
 - względna bradykardia,
 - kaszel,
 - biegunka, zaparcie, ból brzucha.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa Salmonella typhi lub Salmonella paratyphi.

- g) „**Malaria**” – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju Plasmodium. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
- wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi lub
 - wykryto kwas nukleinowy Plasmodium spp. w krwi lub
 - wykryto antygen Plasmodium spp.
- h) „**Schistosomatoza**” – ostra choroba wywołana przez pasożyty – przywry z rodzaju Schistosoma – wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- i) „**Zgorzel gazowa**” – zakażenie przyranne wywołane bez-tlenową laseczką Clostridium perfringens. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby i wyizolowania szczepów Clostridium perfringens z materiału klinicznego.
- j) „**Neuroborelioza**” – Postać boreliozy z Lyme (choroby wywołanej przez krętka Borrelia burgdorferi), w której stwierdza się co najmniej jeden z następujących zespołów klinicznych:
- limfocytarne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - zapalenie nerwu twarzonego lub innego nerwu czaszkowego,
 - zapalenie wielkorzeniowe,
 - zapalenie mózgu lub rdzenia.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja krętków Borrelia spp. z materiału klinicznego,
- znamienne wzrost swoistych przeciwciał w surowicy,
- wykazanie miejscowej syntezy swoistych przeciwciał w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego na choroby zakaźne.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja obejmująca wszystkie Poważne zachorowania Małżonka, o których mowa w art. 2 ust. 2.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczonego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczonego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 6.
6. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczonego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony zapewni, że na wniosek Ubezpieczyciela Małżonek podda się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Poważne zachorowanie Małżonka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczony zapewni, że Małżonek podda się niezwłocznie opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) wybranego wariantu Umowy dodatkowej.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Małżonkowi, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 7.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 3.

3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Małżonka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - g) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - h) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Małżonek zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
7. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten

- pozostawał świadomie w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-lecznicze i zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Małżonka ubezpieczeniem.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne.
 5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 5 i 6.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego,

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 7.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) w stosunku do Małżonka Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol

A. Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol

Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO CCIB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CCIB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CCIB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Dziecka lub procedura medyczna, której poddało się Dziecko.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 13) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa,
 - b) **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, pneumokoki,
 - c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpie-

zeniową:

- a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu),
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu:** rozpoznana na podstawie następujących kryteriów: nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin
lub
stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego, przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatry jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka w przypadku, gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka,
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrę,
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka o tym samym wieku, płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmacyjnego zaleconego przez specjalistę pediatrę, stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
- c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego,

powodujące trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwałe ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytek neurologiczny.
- f) **Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną:** przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliną jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej sześciu miesięcy przed zgłoszeniem rozszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **Przeszczep narządu:** przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

- i) **Sepsa (sepsis):** zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego.

Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:

- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków lub niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca lub niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut,
- temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C,
- przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków,

- liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania chemioterapii lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach.

Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.

- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenia bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.

3. W przypadku przystąpienia do Umowy dodatkowej ma zastosowanie 90-dniowa Karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
- a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny,
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. (sto osiemdziesiąty pierwszy) dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja obejmująca wszystkie poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w art. 2 ust. 2.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania Dziecka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony zapewni na wniosek Ubezpieczyciela, że Dziecko zostanie poddane obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie Dziecka jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej.
6. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczony zapewni, że Dziecko zostanie niezwłocznie poddane opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałego zdarzenia.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:

- a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 9.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 4.
3. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu, wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
4. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - e) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań Dziecka,
 - f) opinii Lekarza prowadzącego,
 - g) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Dziecka,
 - h) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 7. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 8. W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem Umowy dodatkowej, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, o ile śmierć Dziecka zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu śmierci Dziecka o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 9. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie Dziecka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Dziecko, jeżeli Dziecko pozostawało pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,

- h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa w sposób zawiniony przez Dziecko,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - j) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Dziecka rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem przystąpienia Pracownika do Umowy dodatkowej.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku określonego w art. 6 ust. 5 i 6 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowicie nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte Umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania poważnego zachorowania Dziecka.
 6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłączenie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 3 a) oraz art. 9 ust. 9.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU HDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 11) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 12) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 13) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 14) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 15) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 16) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 17) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 18) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpie-

czonemu rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.

3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - b) 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za

- każdy dzień pobytu w szpitalu,
- c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
 5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobyków. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
 6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
 8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - m) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - n) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - o) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - p) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - q) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - r) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - s) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - t) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpie-

czyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU AHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem AHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem AHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

wy dodatkowej.

- 13) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywa-

nia Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dziennie świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww.

dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych Warunków Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ATHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ATHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem ATHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

- 12) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 13) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 14) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 16) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 17) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 18) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego,
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia

cia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,

- b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany wypadkiem komunikacyjnym, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywają pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WAHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem WAHDB7.

roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem WAHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 12) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.

W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.

- 13) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 14) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 15) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 16) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku przy pracy.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela

z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany wypadkiem przy pracy, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku przy pracy. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczone w wyżej wskazanej formie dokumenty znajdują się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest to uzasadnione lub istotnie utrudnione lub kosztowne, to

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU HSHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HSHDB7.

- wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę,
 - e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7 do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Zawał serca”** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 11) **„Udar mózgu”** – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego

(MRI).

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

- 12) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 13) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 14) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 15) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 16) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu,
 - b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej, wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową, obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardo-

wych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu jest płatne od 1 dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - b) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie

- przerwywają pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - h) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,

- j) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rozniczną polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rozniczną polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ REKONWALESCENCJI UBEZPIECZONEGO CDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca rekonwalescencji Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca zgodnie z przepisami polskiego prawa lub przepisami prawa Unii Europejskiej uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 8) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 9) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 10) **„Dzienne świadczenie”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 13) **„Rekonwalescencja”** – pobyt na zwolnieniu lekarskim trwający nieprzerwanie i maksymalnie 30 dni, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu, z którego należy jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w art. 1 ust. 5.
- 14) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Rekonwalescencję Ubezpieczonego, o ile:
 - a) miała ona miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,

- b) należy jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w art. 1 ust. 5,
 - c) pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 2 pkt. b), trwał co najmniej 14 dni.
3. W czasie Rekonwalescencji Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu Rekonwalescencji:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu jako Dzień objęcia Ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do pracownika przystępującego do Ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do pracownika przystępującego do Ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy

głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość składki za Umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci pracowników przystępujących do Ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia pracowników,
 - f) liczby pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa Ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE

1. Dienne świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu.
2. Wysokość Dziennego świadczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Dziennego świadczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Dziennego świadczenia może zostać określona oddzielnie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego jest Dienne świadczenie obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, którego ostatni dzień bezpośrednio poprzedzał Rekonwalescencję Ubezpieczonego. W okresie Karencji, o którym mowa w art. 3 ust. 4 i 5, dienne świadczenie wynosi 0 zł, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 6.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości Dziennego świadczenia za każdy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego przysługuje maksymalnie za okres 30 dni Rekonwalescencji w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 90 dni Rekonwalescencji liczony jako suma jednorazowych rekonwalescencji.
6. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) kopii zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni

- od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie Rekonwalescencji uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rekonwalescencja Ubezpieczonego nie nastąpiła bezpośrednio po pobycie w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Rekonwalescencja rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej zawartej na podstawie warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpie-

czeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SANATORIUM SSB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SSB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu ubezpieczonego w sanatorium (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SSB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
- 6) **„Lekarz”** – osoba posiadająca zgodnie z przepisami polskiego prawa lub przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 13) **„Sanatorium”** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium, o ile:
 - a) został on potwierdzony dokumentacją medyczną,
 - b) należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu, o której mowa w art. 1 ust. 5,
 - c) pobyt w Sanatorium jest związany bezpośrednio ze świadczeniem, o którym mowa w pkt. b).

3. Potwierdzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt a), musi nastąpić w okresie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu jako Dzień objęcia Ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do pracownika przystępującego do Ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do pracownika przystępującego do Ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w Ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do Ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci pracowników przystępujących do Ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia pracowników,
 - f) liczby pracowników przystępujących do Ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w sanatorium lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa Ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w Ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu

proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu potwierdzenia skierowania do Sanatorium.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) skierowania na leczenie uzdrowiskowe wystawionego przez lekarza i potwierdzonego przez osobę upoważnioną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa,
 - e) dokumentacji medycznej potwierdzającej odbycie pobytu w Sanatorium,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po utrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w Sanatorium uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Uposażony z Umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 27 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium nie był w bezpośrednim związku z Pobytem w szpitalu, z którego należyne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli potwierdzenie skierowania do Sanatorium przypadnie po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniejszej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli potwierdzenie

skierowania do Sanatorium nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej zawartej na podstawie warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA UBEZPIECZONEGO STB7

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem STB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem STB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Specjalistyczne leczenie”** – procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z następujących zabiegów lub sposobów leczenia: ablacja, chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca.
- 6) **„Ablacja”** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 7) **„Chemioterapia”** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.
- 8) **„Radioterapia”** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
- 9) **„Terapia interferonowa”** – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.
- 10) **„Kardiowerter/defibrylator”** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
- 11) **„Rozrusznik serca”** – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego.
- 12) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 13) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 14) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 15) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 16) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 17) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Specjalistycznego leczenia polegającego na:
 - a) chemioterapii albo radioterapii,
 - b) terapii interferonowej,
 - c) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
 - d) wszczepieniu rozrusznika serca,
 - e) ablacji.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Leczenie specjalistyczne przeprowadzone na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje dzień:
 - a) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - c) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie, jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu, jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie trzymiesięczna karencja
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Specjalistycznego leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust 4.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przy-

padku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.

3. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
4. U mowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 5.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego, w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej, wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2–4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana, jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.

5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej specjalistycznego leczenia Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2–4.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2–5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 6.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 4.
3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu specjalistycznego leczenia,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie specjalistycznego leczenia będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza

- przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 6. W przypadku wypłacenia przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu specjalistycznego leczenia, wymienionego w art. 2 ust. 2, odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w zakresie tego specjalistycznego leczenia. W przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii Ubezpieczyciel wypłaca tylko jedno świadczenie.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli specjalistyczne leczenie zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzeń wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu chorób rozpoznanych lub chorób, których objawy wystąpiły przed dniem rozpoczęcia udzielenia ochrony ubezpieczeniowej (nie dotyczy chorób lub objawów, o których ING pytało i zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem Umowy ubezpieczenia).
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

2. U mowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. U mowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć umowy dodatkowej, może na 30 dni przed rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej,
- c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 6.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA LEKOWEGO UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU MCR7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MCR7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MCR7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Umowa dotycząca Pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 7) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 8) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.
- 9) **„Ubezpieczenie lekowe”** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów i leków zaleconych lub przepisanych przez Lekarza, w celu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, przysługujące Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, w rozumieniu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzial-

ności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.

6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.

3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia na zakup leków z tytułu Umowy dodatkowej określona jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia na zakup leków jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia na zakup leków może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA NA ZAKUP LEKÓW

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie wypłacone nawet jeśli Lekarz nie zaleci ani nie przepisze, żadnych leków i produktów.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, na tych samych zasadach i po spełnieniu tych samych warunków jakie wskazane są do otrzymania świadczenia z Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.
4. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymaganych przy Umowie dotyczącej Pobytu w szpitalu.
5. Wypłata świadczenia nastąpi, nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

6. W związku z każdorazowym zakończonym pobytem w szpitalu, z którego należne jest świadczenie z tytułu Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu, Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie jedno świadczenie z tytułu świadczenia na zakup leków.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, zgodnie z zapisami dotyczącymi wyłączenia odpowiedzialności i wyłączającymi możliwość wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
6. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
- c) wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska

Ewa Zorychta-Kąkol

A. Grzelońska

E. Zorychta-Kąkol

Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU SHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 11) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 12) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Między-

narodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.

- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 14) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 16) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 17) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 18) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 19) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia

cia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Kieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Małżonka w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - b) 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt Małżonka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku

świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,

- c) 1 dzień – jeżeli Małżonek od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu Małżonka na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerwuje pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - g) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było

możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Małżonka były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Małżonka lub okaleczenie Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) udział Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - m) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - n) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - o) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - p) niewydolność nerek, w wyniku której Małżonek wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - q) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - r) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - s) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Małżonka zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - t) zdarzenie, w którym Małżonek uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SAHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SAHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem SAHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego

z tytułu Umowy dodatkowej.

- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie

trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Małżonka w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt Małżonka był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Małżonka w szpitalu, liczone jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpie-

czycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącz-

nie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełowska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU CHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 11) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży,

porodu, połogu

- 12) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 14) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Dziecka zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 16) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 17) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 18) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 19) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany chorobą,
 - b) pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres

- jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
 3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
 4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
 5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja.
 6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust.

2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - b) 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wy-

- padkiem, pod warunkiem że pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
- c) 1 dzień – jeżeli Dziecko od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywało na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu Dziecka na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
 5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
 6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.
 8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, które nie było do tego uprawnione, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - j) chirurgii plastycznej (włączając operację powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - l) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - m) wykonywania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - n) leczenia związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - o) niewydolności nerek, w wyniku której Dziecko wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - p) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - q) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - r) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeżenie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - s) zdarzenia, w którym Dziecko uczestniczyło jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie Karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU CAHDB7

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CAHDB7.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem CAHDB7 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Dziecka zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

13) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.

14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. W czasie pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt. b) ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela

z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu, jest dziennie świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
5. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpie-

czycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, które nie było do tego uprawnione, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:

- a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR7_A+

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MSR7_A+.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR7_A+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca operacji Ubezpieczonego zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Operacja”** – zabieg wykonany przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania przeprowadzony w Szpitalu w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym, konieczny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia choroby lub zmniejszenia skutków urazów spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest zabieg przeprowadzony jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 11) **„Karencja”** – okres, liczony od określonego w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu Dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 12) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.

- 13) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 14) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.
- 15) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana chorobą,
 - b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna Karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna Karencja
6. W czasie Karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu operacji Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium Unii Europejskiej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.

3. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z zasadą wskazaną w ust. 5.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić Ubezpieczycielowi dostęp do dotyczącej go pełnej dokumentacji medycznej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawar-

ciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej Operacji Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

kategoria Operacji*	Procent sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

- Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.
2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
 3. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego Roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
 4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - l) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS,

- m) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - n) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - o) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - p) leczenia związanego z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - q) niewydolności nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - r) zmiany pęci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - s) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - t) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - u) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja związana była z chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej – w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodat-

kowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.

4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 4 i 5.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzelońska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR7_A

Ogólne warunki Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do Umowy dodatkowej oznaczonej w Polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MSR7_A.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach Umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR7_A podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM7.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM7, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
- 5) **„Operacja”** – zabieg wykonany przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania przeprowadzony w Szpitalu w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym, konieczny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia choroby lub zmniejszenia skutków urazów spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operację wymienioną w Załączniku do Warunków. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest zabieg przeprowadzony jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku do Warunków.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie Umowa dodatkowa.
- 10) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za Umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej.

- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki za Umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że operacja rozpoczęła się przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, i obejmuje okres jednego Roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako Dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia Składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium Unii Europejskiej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
2. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania Umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed Rocznicą polisy.
3. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego Roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 5.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej wysokości Składki podstawowej obejmującej Składkę za Umowę dodatkową obowiązującej w następnym Roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania Umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za Umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić Ubezpieczycielowi dostęp do dotyczącej go pełnej dokumentacji medycznej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za Umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (Rok polisowy). Wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym Roku polisowym, w którym zawarta jest Umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za Umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do Sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej Podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy dodatkowej, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości Sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu Umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą Umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej operacji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich Umów dodatkowych, Składka za Umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, Składka za Umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość Składki za Umowę dodatkową jest określona w Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość Składki za Umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej Podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określona jest Polisie oraz w Potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą Rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu pro-

ponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.

4. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej Podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku odpowiadający kategorii operacji według poniższej tabeli:

kategoria Operacji*	procent sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
3. Suma świadczeń z tytułu Operacji w ciągu jednego Roku polisowego nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który był powodem Operacji, nastąpi po Dniu wymagalności Składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który był powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od Dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja została przeprowadzona po 60. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający

jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.

2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużyć Umowy dodatkowej, może na 30 dni przed Rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym Rocznicę polisy.
4. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 4 i 5.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę dodatkową wyłącznie z ważnych przyczyn. Za ważne przyczyny uznaje się zmianę lub wprowadzenie nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te będą miały istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej zostanie doręczone Ubezpieczającemu później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia Umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej.
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 12/2013 z dnia 29 marca 2013 roku, wchodzą w życie z dniem uchwalenia.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR7_A+ ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR7_A

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 – A09)

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

Komory mózgowie i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

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

Nerwy czaszkowe (A24 – A33)

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

Opony mózgowie (A38 – A42)

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

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

- A44 Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego Kategorie I
- A56 Odbarczenie korzeni nerwów rdzeniowych Kategorie III
- A57 Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych Kategorie I

Nerwy obwodowe (A59 – A67)

- A59 Wycięcie nerwu obwodowego Kategorie IV
- A60 Zniszczenie nerwu obwodowego Kategorie IV
- A61 Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego Kategorie IV
- A62 Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego Kategorie III
- A67 Odbarczenie nerwu obwodowego Kategorie IV

Inne części układu nerwowego (A75)

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

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

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

Tarczyca i przytarczyce (B08 – B14)

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

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 – B23)

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

Sutek (B27 – B35)

- B27 Całkowita amputacja sutka Kategorie III
- B28 Kwadrantektomia Kategorie IV
- B29 Operacje rekonstrukcyjne sutka Kategorie I
- B34 Operacje na przewodach mlekoносnych sutka Kategorie IV
- B35 Operacje brodawki sutkowej Kategorie IV

Oczodół (C01 – C06)

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

Powieka i gruczoł łzowy (C12 – C24)

- C12 Wycięcie zmiany w obrębie powieki Kategorie V
- C14 Rekonstrukcja powieki Kategorie IV
- C15 Korekcja deformacji Powieki Kategorie IV
- C24 Operacja gruczołu łzowego Kategorie IV

Mięśnie oka (C31 – C34)

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

Spojówka i rogówka (C39 – C49)

- C39 Usunięcie zmiany spojówki Kategorie V
- C40 Operacja naprawcza spojówki Kategorie IV
- C45 Wycięcie zmiany rogówki Kategorie IV
- C47 Zeszyście rogówki Kategorie IV
- C48 Usunięcie ciała obcego z rogówki Kategorie V
- C49 Nacięcie rogówki Kategorie IV

Twardówka i tęczówka (C53 – C62)

- C53 Wycięcie zmiany w obrębie twardówki Kategorie IV
- C54 Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej Kategorie III
- C55 Nacięcie twardówki Kategorie IV
- C57 Usunięcie ciała obcego z twardówki Kategorie V
- C59 Wycięcie tęczówki Kategorie IV
- C60 Operacje filtrujące tęczówki Kategorie III
- C62 Nacięcie tęczówki Kategorie IV

Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

- C66 Wycięcie ciała rzęskowego Kategoria IV
- C71 Zewnętrzne wycięcie soczewki Kategoria IV
- C72 Wewnętrzne wycięcie soczewki Kategoria IV
- C73 Nacięcie torebki soczewki Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

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

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D02 – D04)

- D02 Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego Kategoria IV
- D03 Plastyka ucha zewnętrznego Kategoria III
- D04 Drenaż ucha zewnętrznego Kategoria V

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

- D10 Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego Kategoria II
- D14 Operacje naprawcze błony bębenkowej Kategoria III
- D15 Drenaż ucha środkowego Kategoria V
- D16 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych Kategoria III
- D19 Wycięcie zmiany ucha środkowego Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

- E01 Amputacja (resekcja) nosa Kategoria III
- E02 Operacje plastyczne nosa Kategoria III
- E03 Operacje przegrody nosa Kategoria V
- E04 Operacje małżowiny nosa Kategoria V
- E05 Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej Kategoria IV
- E06 Tamponada nosa tylna Kategoria V
- E09 Operacje nosa zewnętrznego Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

- E12 Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego Kategoria IV
- E13 Operacja zatoki szczękowej z innego dostępu Kategoria V
- E14 Operacje zatoki czołowej Kategoria IV
- E15 Operacje zatoki klinowej Kategoria IV
- E17 Operacje zatoki sitowej Kategoria V

Gardło (E19 – E24)

- E19 Wycięcie gardła Kategoria I
- E21 Operacje naprawcze gardła Kategoria III
- E24 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła Kategoria III

Krtień (E29 – E34)

- E29 Wycięcie krtani Kategoria III
- E30 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani Kategoria III
- E31 Odtworzenie krtani Kategoria I
- E34 Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

- E39 Częściowe wycięcie tchawicy Kategoria I
- E40 Operacje plastyczne tchawicy Kategoria III
- E41 Otwarta implantacja protezy tchawicy Kategoria III
- E42 Wyłonienie tchawicy (tracheostomia) Kategoria IV
- E44 Otwarte operacje ostrogi tchawicy Kategoria III
- E46 Częściowe wycięcie oskrzela Kategoria III
- E48 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych Kategoria III

Płuca i śródpiersie (E53 – E63)

- E53 Przeszczep płuca Kategoria I
- E54 Wycięcie płuca Kategoria I
- E55 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca Kategoria I

- E61 Otwarte operacje śródpiersia Kategoria IV
- E62 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu Kategoria III
- E63 Endoskopowe zabiegi diagnostyczne śródpiersia Kategoria IV

Wargi (F02 – F03)

- F02 Usunięcie zmiany wargi Kategoria V
- F03 Korekcja deformacji wargi Kategoria IV

Język i podniebienie (F22 – F29)

- F22 Wycięcie języka Kategoria III
- F23 Wycięcie zmiany w obrębie języka Kategoria V
- F24 Nacięcie języka Kategoria V
- F26 Operacja naprawcza języka Kategoria V
- F28 Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia Kategoria V
- F29 Korekcja zniekształcenia podniebienia Kategoria IV

Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 – F39)

- F34 Wycięcie migdałków podniebiennych Kategoria V
- F36 Wycięcie migdałka gardłowego Kategoria V
- F38 Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej Kategoria V
- F39 Odtworzenie innej części jamy ustnej Kategoria IV

Ślinianki (F44 – F55)

- F44 Wycięcie ślinianki Kategoria IV
- F45 Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki Kategoria IV
- F50 Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki) Kategoria IV
- F51 Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki Kategoria IV
- F52 Podwiązanie przewodu ślinianki Kategoria V
- F55 Poszerzenie przewodu ślinianki Kategoria V

Przełyk (G01 – G14)

- G01 Wycięcie przełyku i żołądka Kategoria I
- G02 Całkowite wycięcie przełyku Kategoria I
- G03 Częściowe wycięcie przełyku Kategoria III
- G04 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku Kategoria III
- G05 Zespolenie omijające przełyku Kategoria II
- G06 Rewizja zespolenia przełykowego Kategoria III
- G07 Operacja naprawcza przełyku Kategoria I
- G08 Wytworzenie przetoki przełykowej Kategoria III
- G10 Otwarte operacje żyłaków przełyku Kategoria III
- G11 Otwarta implantacja protezy przełyku Kategoria III
- G14 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku Kategoria V

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G23 – G43)

- G23 Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony Kategoria IV
- G27 Całkowite wycięcie żołądka Kategoria I
- G28 Częściowe wycięcie żołądka Kategoria II
- G29 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka Kategoria III
- G30 Operacje plastyczne żołądka Kategoria III
- G31 Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze Kategoria III
- G32 Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym Kategoria III
- G34 Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii) Kategoria III
- G35 Operacje wrzodu żołądka Kategoria III
- G40 Nacięcie odźwiernika Kategoria III
- G43 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego Kategoria V

Dwunastnica (G49 – G54)

- G49 Wycięcie dwunastnicy Kategoria III
- G50 Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy Kategoria II
- G51 Zespolenie omijające dwunastnicę Kategoria III
- G52 Operacje wrzodu dwunastnicy Kategoria III

G54 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy
Kategoria V

Jelito czcze (G58 – G64)

G58 Wycięcie jelita czczego Kategoria III
G59 Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego Kategoria III
G60 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii) Kategoria III
G61 Zespolenie omijające jelito czcze Kategoria III
G64 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego
Kategoria III

Jelito kręte (G69 – G82)

G69 Wycięcie jelita krętego Kategoria III
G70 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego Kategoria III
G71 Zespolenie omijające jelito kręte Kategoria III
G73 Rewizja zespolenia jelita krętego Kategoria III
G74 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii) Kategoria III
G75 Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)
Kategoria III
G76 Wewnątrzbrzusne manipulacje na jelicie krętym Kategoria III
G79 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego
Kategoria III
G82 Wycięcie uchyłka Meckela Kategoria IV

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych
Kategoria IV

Okrężnica (H04 – H20)

H04 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy Kategoria I
H05 Całkowite wycięcie okrężnicy Kategoria I
H06 Wycięcie prawej połowy okrężnicy Kategoria II
H08 Wycięcie poprzecznicy Kategoria II
H09 Wycięcie lewej połowy okrężnicy Kategoria II
H10 Wycięcie esicy Kategoria II
H12 Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy Kategoria III
H13 Zespolenie omijające okrężnicę Kategoria III
H14 Wyłonienie kątnicy (cekostomia) Kategoria III
H16 Nacięcie okrężnicy Kategoria III
H17 Wewnątrzbrzusne manipulacje na okrężnicy Kategoria III
H18 Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu Kategoria III
H20 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego
Kategoria V

Odbytnica (H33 – H42)

H33 Wycięcie odbytnicy Kategoria II
H34 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy Kategoria III
H40 Przez zwieraczowe operacje odbytnicy Kategoria III
H42 Operacje z powodu wypadania odbytnicy Kategoria III

Odbyt i okolica okołoodbytowa (H48 – H59)

H48 Operacja szczeliny odbytu Kategoria V
H49 Operacja ropnia okołoodbytniczego Kategoria V
H51 Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów) Kategoria IV
H52 Zniszczenie guzków krwawniczych Kategoria V
H55 Operacja przetoki okołoodbytniczej Kategoria V
H59 Wycięcie torbieli włosowej Kategoria IV

Wątroba (J01 – J10)

J01 Przeszczep wątroby Kategoria I
J02 Wycięcie płata bądź segmentu wątroby Kategoria I
J03 Wycięcie zmiany w obrębie wątroby Kategoria III
J04 Operacja naprawcza wątroby Kategoria II
J05 Nacięcie wątroby Kategoria IV
J08 Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu Kategoria IV
J10 Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby Kategoria IV

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

J18 Wycięcie pęcherzyka żółciowego Kategoria IV
J19 Zespolenie pęcherzyka żółciowego Kategoria II
J21 Nacięcie pęcherzyka żółciowego Kategoria IV
J24 Przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka
żółciowego Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

J27 Wycięcie przewodu żółciowego Kategoria II
J28 Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego Kategoria III
J29 Zespolenie przewodu wątrobowego Kategoria I
J30 Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego Kategoria III
J31 Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego Kategoria III
J32 Operacja naprawcza przewodu żółciowego Kategoria II
J33 Nacięcie przewodu żółciowego Kategoria III
J34 Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przez dwunastnicę
Kategoria III
J38 Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia
endoskopowa) Kategoria IV
J40 Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezo-
wanie dróg żółciowych Kategoria IV
J42 Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych Kategoria IV
J46 Przeszkórna rewizja zespolenia dróg żółciowych Kategoria IV
J47 Przeszkórna implantacja protezy dróg żółciowych Kategoria IV
J49 Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu
przez dren T Kategoria IV

Trzustka (J54 – J66)

J54 Przeszczep trzustki Kategoria I
J55 Całkowite wycięcie trzustki Kategoria I
J56 Wycięcie głowy trzustki Kategoria I
J58 Wycięcie zmiany w obrębie trzustki Kategoria III
J59 Zespolenie przewodu trzustkowego Kategoria II
J61 Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki Kategoria II
J62 Nacięcie trzustki Kategoria III
J66 Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki Kategoria V

Śledziona (J69)

J69 Całkowite wycięcie śledziony Kategoria III

Ściany, przegrody i komory serca (K01 – K20)

K01 Przeszczep serca i płuc Kategoria I
K04 Operacja naprawcza tetralogii Fallota Kategoria I
K05 Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich na-
czyń Kategoria I
K07 Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych
Kategoria I
K09 Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego
i międzykomorowego Kategoria I
K10 Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej
Kategoria I
K11 Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej
Kategoria I
K12 Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca
Kategoria I
K15 Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca
Kategoria II
K16 Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykony-
wane od strony jam serca Kategoria I
K18 Wytworzenie dróg odpływu z serca Kategoria I
K20 Plastyka przedsionka serca Kategoria I

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 – K37)

K25 Walwuloplastyka mitralna Kategoria I
K26 Walwuloplastyka aortalna Kategoria I
K27 Plastyka zastawki trójdzielnej Kategoria I
K28 Plastyka zastawki tętnicy płucnej Kategoria I

- K29 Plastyka nieokreślonej zastawki serca Kategoria I
- K30 Rewizja plastyki zastawki serca Kategoria I
- K31 Walwulotomia Kategoria I
- K35 Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca Kategoria II
- K37 Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca Kategoria I

Tętnice wieńcowe (K40 – K49)

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

Inne części serca i osierdzie (K52 – K69)

- K52 Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcprzewodzącego serca Kategoria I
- K56 Wszczepienie systemu wspomaganie serca Kategoria II
- K57 Przeznaczyniowe zabiegi dotyczące układu bódźcprzewodzącego i bódźcotwórczego Kategoria III
- K60 Przezżylnie wprowadzenie systemu rozrusznika serca Kategoria III
- K61 Inny system rozrusznika serca Kategoria I
- K67 Wycięcie osierdzia Kategoria I
- K68 Drenaż osierdzia Kategoria II
- K69 Przecięcie osierdzia Kategoria IV

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 – L13)

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

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)

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

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

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

Odgąlenia aorty brzusznej (L41 – L47)

- L41 Odtworzenie tętnicy nerkowej Kategoria I
- L43 Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej Kategoria II
- L45 Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej Kategoria I
- L47 Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

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

Inne tętnice (L65 – L75)

- L65 Rewizja odtworzonej tętnicy Kategoria II
- L67 Wycięcie innej tętnicy Kategoria II
- L68 Operacja naprawcza innej tętnicy Kategoria II
- L71 Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy Kategoria IV
- L74 Zespolenie tętniczo-żylnie Kategoria IV
- L75 Usunięcie zespolenia tętniczo-żylnego Kategoria IV

Żyły (L82 – L90)

- L82 Wytworzenie zastawki żyły obwodowej Kategoria IV
- L90 Usunięcie skrzepliny z żyły metoda otwartą Kategoria III

Nerki (M02 – M15)

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

Moczowód (M18 – M32)

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

Pęcherz moczowy (M34 – M43)

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

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostate) (M51 – M65)

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

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

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

Moszna i jądra (N01 – N11)

- N01 Wycięcie moszny Kategoria IV
- N05 Obustronne wycięcie jąder Kategoria III
- N06 Jednostronne wycięcie jądra Kategoria IV
- N07 Wycięcie zmiany w obrębie jądra Kategoria IV
- N08 Obustronna implantacja jąder do moszny Kategoria III
- N10 Proteza jądra Kategoria IV
- N11 Operacja wodniaka jądra Kategoria IV

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

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

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

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

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

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

Pochwa (P14 – P31)

- P14 Nacięcie kanału pochwy Kategoria V
- P17 Wycięcie pochwy Kategoria V
- P19 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych Kategoria IV
- P20 Wycięcie zmiany w obrębie pochwy Kategoria IV
- P21 Operacja plastyczna pochwy Kategoria V
- P22 Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy Kategoria IV
- P24 Operacja naprawcza sklepienia pochwy Kategoria V
- P25 Założeniu szwu okrężnego u kobiet w ciąży Kategoria V
- P26 Wprowadzenie pesarium do pochwy Kategoria V
- P29 Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM) Kategoria IV
- P31 Operacje zatoki Douglasa Kategoria V

Macica (Q01 – Q20)

- Q01 Amputacja szyjki macicy Kategoria IV
- Q02 Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy Kategoria V
- Q05 Częściowa amputacja szyjki macicy Kategoria V

- Q07 Wycięcie macicy Kategoria III
- Q09 Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą Kategoria III
- Q16 Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metodą histeroskopii Kategoria IV
- Q20 Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową Kategoria IV

Jajowód (Q22 – Q32)

- Q22 Obustronne wycięcie przydatków macicy Kategoria III
- Q23 Jednostronne wycięcie przydatków macicy Kategoria IV
- Q24 Całkowite wycięcie jajowodu Kategoria IV
- Q25 Częściowe wycięcie jajowodu Kategoria V
- Q26 Implantacja protezy jajowodu Kategoria V
- Q27 Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów Kategoria V
- Q31 Nacięcie jajowodu Kategoria III
- Q32 Operacje strzępków jajowodu Kategoria V

Jajnik. Więzadło szerokie macicy (Q43 – Q47)

- Q43 Częściowe wycięcie jajnika Kategoria V
- Q44 Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika Kategoria III
- Q45 Operacja naprawcza jajnika Kategoria V
- Q47 Całkowite wycięcie jajnika Kategoria IV

Skóra (S30 – S37)

- S30 Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi Kategoria IV
- S31 Przeszczep skóry w innej okolicy Kategoria V
- S37 Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry Kategoria V

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

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

Ściana brzucha (T20 – T30)

- T20 Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej Kategoria IV
- T21 Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej Kategoria III
- T22 Pierwotna operacja przepukliny udowej Kategoria III
- T23 Operacja nawrotowej przepukliny udowej Kategoria III
- T24 Operacja przepukliny pępkowej Kategoria IV
- T25 Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategoria IV
- T26 Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategoria III
- T27 Operacja innej przepukliny ściany brzucha Kategoria IV
- T29 Operacje pępka Kategoria III
- T30 Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej Kategoria IV

Otrzewna (T33 – T42)

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

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

- T50 Przeszczep powięzi Kategoria V
- T51 Wycięcie powięzi brzucha Kategoria V
- T52 Wycięcie innej powięzi Kategoria IV
- T53 Wycięcie zmiany w obrębie powięzi Kategoria V
- T54 Rozdzielenie powięzi Kategoria V

- T55 Uwolnienie powięzi Kategoria V
- T59 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna Kategoria IV
- T60 Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna Kategoria IV
- T62 Operacja kaletki Kategoria IV

Ścięgna (T65 – T71)

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

Mięśnie (T76 – T80)

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

Układ limfatyczny (T85 – T94)

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

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

- V01 Plastyka czaszki Kategoria II
- V03 Otwarcie czaszki Kategoria I
- V07 Wycięcie kości twarzy Kategoria IV
- V08 Nastawienie złamania szczęki Kategoria IV
- V09 Nastawienie złamania innej kości twarzy Kategoria III
- V10 Rozdzielenie kości twarzy Kategoria III
- V11 Stabilizacja kości twarzy Kategoria IV
- V13 Nastawienie złamania kości nosa Kategoria IV
- V14 Wycięcie żuchwy Kategoria III
- V15 Nastawienie złamania żuchwy Kategoria IV
- V16 Rozdzielenie żuchwy Kategoria IV
- V17 Stabilizacja żuchwy Kategoria IV
- V20 Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego Kategoria III

Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V52)

- V22 Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym Kategoria I
- V23 Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym Kategoria II
- V24 Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym Kategoria I
- V25 Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym Kategoria I
- V26 Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego Kategoria I
- V27 Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku Kategoria II
- V29 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym Kategoria I
- V30 Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym Kategoria I
- V31 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym Kategoria II
- V32 Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym Kategoria I
- V33 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym Kategoria III
- V34 Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym Kategoria I
- V35 Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku Kategoria III

- V37 Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym Kategoria I
- V38 Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku Kategoria II
- V39 Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy) Kategoria II
- V41 Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych Kategoria I
- V43 Wycięcie zmiany kręgosłupa Kategoria II
- V44 Odbarczenie złamania kręgosłupa Kategoria II
- V46 Stabilizacja złamania kręgosłupa Kategoria II
- V52 Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonywane metodą małoinwazyjną Kategoria IV

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

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

Kości (W05 – W67)

- W05 Przeszczep kości Kategoria III
- W06 Całkowite wycięcie kości Kategoria IV
- W07 Wycięcie kości ektopowej Kategoria V
- W08 Operacja haluksów Kategoria IV
- W09 Wycięcie zmiany w obrębie kości Kategoria III
- W10 Otwarte chirurgiczne złamanie kości Kategoria III
- W12 Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości Kategoria III
- W14 Rozdzielenie trzonu kości Kategoria III
- W15 Rozdzielenie kości stopy Kategoria IV
- W18 Drenaż kości Kategoria IV
- W19 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną) Kategoria III
- W20 Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną Kategoria III
- W21 Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości Kategoria III
- W23 Wtórne otwarte nastawienie złamania kości Kategoria III
- W24 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną) Kategoria III
- W25 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną Kategoria III
- W27 Stabilizacja oddzielonej nasady kości Kategoria IV
- W29 Wyciąg szkieletowy kości Kategoria V
- W34 Przeszczep szpiku kostnego Kategoria IV
- W35 Terapeutyczne nakłucie kości Kategoria V
- W37 Wszczepienie całkowitej protezy stawu biodrowego Kategoria III
- W40 Wszczepienie całkowite protezy stawu kolanowego Kategoria III
- W43 Wszczepienie całkowite protezy innego stawu Kategoria III
- W46 Wszczepienie protezy głowy kości udowej Kategoria III
- W49 Wszczepienie protezy głowy kości ramiennej Kategoria III
- W52 Wszczepienie protezy głowy innej kości Kategoria III
- W54 Wszczepienie protezy innej kości Kategoria III
- W59 Pierwotne międzypaliczkowe usztywnienie stawu (artrodeza) Kategoria IV
- W60 Pierwotne usztywnienie stawu skokowego (artrodeza) Kategoria III
- W65 Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu Kategoria III
- W67 Wtórne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu Kategoria III

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

- X01 Replantacja kończyny górnej Kategoria III
- X02 Replantacja kończyny dolnej Kategoria III
- X03 Replantacja innego organu Kategoria III
- X05 Wszczepienie protezy kończyny Kategoria I
- X07 Amputacja w zakresie ramienia Kategoria III
- X08 Amputacja ręki Kategoria IV

- X09 Amputacja nogi Kategoria III
- X10 Amputacja stopy Kategoria IV
- X11 Amputacja palucha Kategoria IV
- X12 Operacje w zakresie kikuta po amputacji Kategoria IV
- X13 Amputacja palców częściowa lub całkowita Kategoria V
- X14 Amputacja brzuszno-miedniczna Kategoria II

