

OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO
Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI
„RAZEM W ING”
OWU/SME11/2/2013

SPIS TREŚCI

Q&A DLA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH	4	
OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI „RAZEM W ING” NR OWU/SME11/2/2013	8	
ART. 1	DEFINICJE	8
ART. 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	10
ART. 3	UMOWY DODATKOWE	11
ART. 4	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	27
ART. 5	KARENCA	28
ART. 6	ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA	29
ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA		
ART. 7	ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	30
ART. 8	ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY	30
ART. 9	PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA	30
ART. 10	OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	31
ART. 11	OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO	31
SKŁADKA		
ART. 12	WYSOKOŚĆ SKŁADKI	32
ART. 13	SKŁADKA LOKACYJNA	32
ART. 14	OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	33
ART. 15	ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI.	33
ART. 16	ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI	33
ART. 17	SUMA UBEZPIECZENIA	34
FUNDUSZE		
ART. 18	RODZAJE I CEL FUNDUSZY.	34
ART. 19	ALOKACJA SKŁADEK	34
ART. 20	WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY	34
ART. 21	WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	35
ART. 22	WYPŁATA Z RACHUNKU	35
ART. 23	OPŁATY	35
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ		
ART. 24	ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	35
ART. 25	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	35
ART. 26	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR11)	36
ART. 27	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR11+)	37
ART. 28	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW11)	37
ART. 29	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: LHB11_A). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SLHB11).	38
ART. 30	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD11)	38
ART. 31	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD11)	38
ART. 32	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU (KOD: SHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB11)	38
ART. 33	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: AHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU	

	WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB11)	39
ART. 34	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB11)	40
ART. 35	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB11)	40
ART. 36	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR11).	40
ART. 37	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT11)	40
ART. 38	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN ŻYWEGO DZIECKA (KOD: BCB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB11)	40
ART. 39	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB11)	41
ART. 40	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBA LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_A+), WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_A)	41
ART. 41	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB11_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB11_B LUB WARIANT PEŁNY KOD: CIB11_C)	41
ART. 42	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB11_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB11_B LUB WARIANT PEŁNY KOD: SCIB11_C)	42
ART. 43	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NA CHOROBY ZAKAŻNE (KOD: CIB11_D)	42
ART. 44	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA NA CHOROBY ZAKAŻNE (KOD: SCIB11_D)	43
ART. 45	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB11)	43
ART. 46	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO (KOD: STB11)	43
ART. 47	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA LEKOWEGO UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU (KOD: MCR11)	43
ART. 48	INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	44
	WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	
ART. 49	ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	44
ART. 50	ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	44
ART. 51	WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	44
ART. 52	ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ	45
	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	
ART. 53	OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	45
ART. 54	ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	45
ART. 55	PRAWO WŁAŚCIWE	45
ART. 56	PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	45
ART. 57	ROZSTRZYGANIE SPORÓW	45
ART. 58	POZOSTAŁE POSTANOWIENIA	45
ART. 59	WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	45
	ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD: MSR11_A+) ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_A)	46

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 nieszczęśliwego 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 i Współubezpieczonego, 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, przestaniesz być Współubezpieczonym 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. Jeśli jesteś Współubezpieczonym, Składkę finansuje Ubezpieczony, obok którego przystąpiłeś do Ubezpieczenia. 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. Jeśli jesteś Współubezpieczonym, takie decyzje podejmuje za Ciebie Ubezpieczony, obok którego jesteś objęty Ubezpieczeniem.

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 lub Pracodawcy Ubezpieczonego, jeśli jesteś Współubezpieczonym, może spowodować, że dotrze ona do nas później niż się spodziewałeś.

A JEŚLI POTRZEBUJĘ WYPŁAĆ CIĘŻĄ 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. W przypadku Współubezpieczonego taką decyzję podejmuje Ubezpieczony.

CZY MOGĘ ZREZYGNOWAĆ Z OPCJI INWESTYCYJNEJ?

W każdej chwili możesz zrezygnować z opcji inwestycyjnej. Powiadom tylko Pracodawcę od jakiego momentu ma zaprzestać naliczania i przekazywania należnej Składki lokacyjnej. Jeśli jesteś Współubezpieczonym, powiadom Pracodawcę Ubezpieczonego. Składając rezygnację powinieneś złożyć wniosek o wypłatę.

CO W PRZYPADKU, GDY MOJĄ INWESTYCJĘ 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 lub Współubezpieczony 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 albo odpowiednio Współubezpieczonego, 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 zadbaj, aby były one zainwestowane w Fundusze bezpieczne, o niskim poziomie ryzyka.

JAK MOŻE PRZEBIEGAĆ MOJA INWESTYCYJA W PRZYSZŁOŚCI?

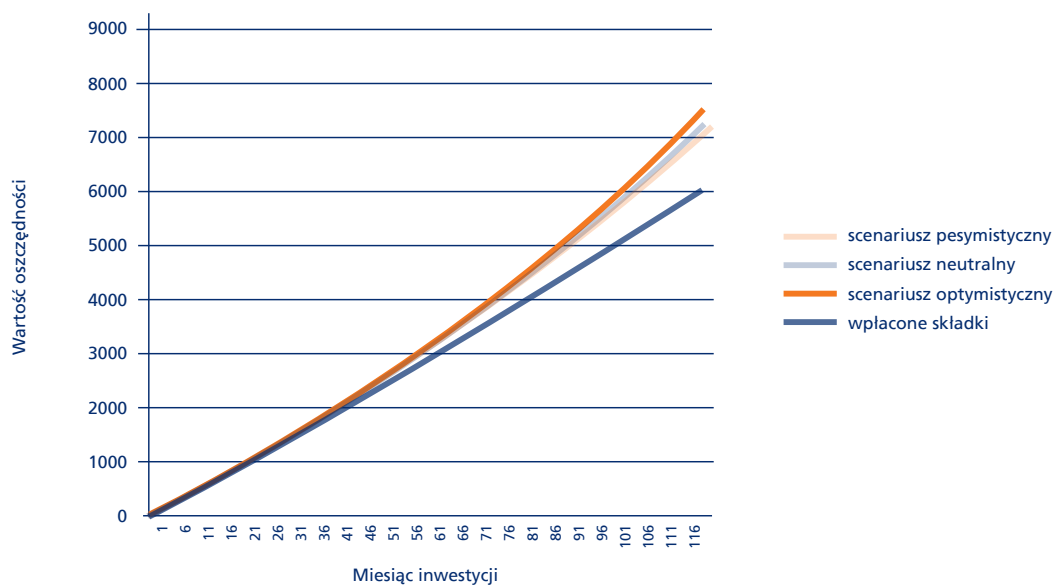
Inwestowanie w Fundusze wiąże się z ryzykiem. Inwestując w Fundusze dynamiczne można zarobić więcej, ale też ryzyko straty jest większe, w przypadku Funduszy bezpiecznych jest odwrotnie – potencjalny zysk jest niższy, ale i ryzyko straty jest mniejsze.

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).

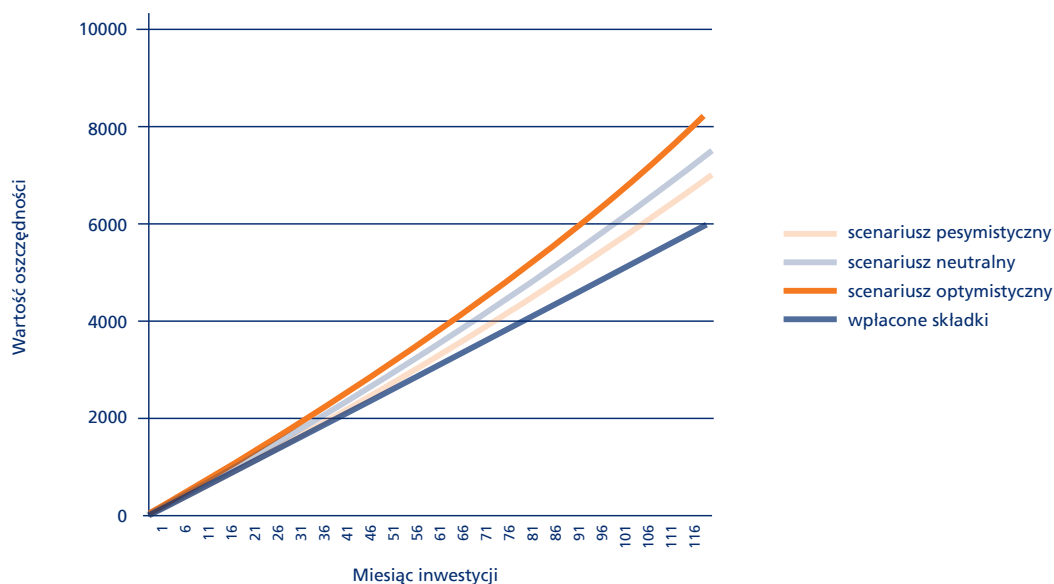
Jest możliwe uzyskanie wyników wyższych niż zakładane w scenariuszu optymistycznym, jak i mniejszych niż zakładane w scenariuszu pesymistycznym. Inwestując w Fundusze należy również pamiętać, że ING nie gwarantuje uzyskania wyników na określonym poziomie. Dla potrzeb ilustracji założono regularną wpłatę w wysokości 50 zł miesięcznie i niezmienną siłę nabywczą złotówki – 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.

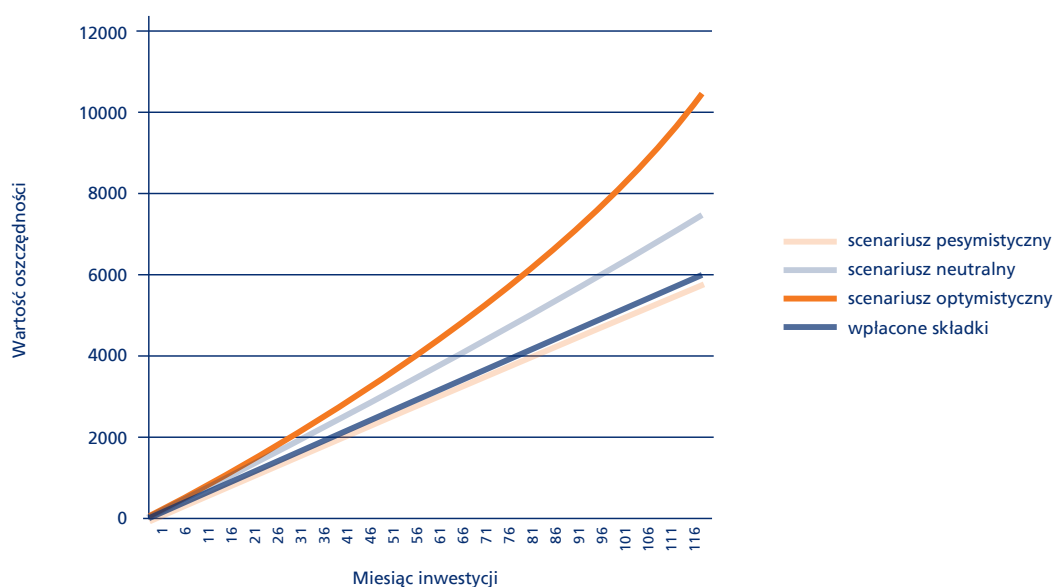
100% Składki lokowane w Fundusze bezpieczne



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 2 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 PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI „RAZEM W ING” NR OWU/SME11/2/2013

Ogólne warunki Planu ubezpieczeniowego z Ubezpieczeniowymi Funduszami kapitałowymi „Razem w ING” mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: SME11.

ART. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach Planu ubezpieczeniowego z Ubezpieczeniowymi Funduszami kapitałowymi „Razem w ING” nr OWU/SME11/2/2013 (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 zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej, będąca Właścicielem lub osobą pozostającą z Ubezpieczającym w stosunku prawnym stanowiącym podstawę zatrudnienia.
4. **„Współubezpieczony”** – Małżonek, Konkubent, Pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
5. **„Pracownik”** – osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
6. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
7. **„Właściciel”** – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą, jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
8. **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
9. **„Konkubent”** – wskazana przez Ubezpieczonego w stosownym oświadczeniu osoba, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe.
10. **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
11. **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
12. **„Dziecko”** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego.
13. **„Ubezpieczenie”** – Plan ubezpieczeniowy z Ubezpieczeniowymi Funduszami kapitałowymi „Razem w ING” SME11, do którego stosuje się Warunki.
14. **„Umowa główna”** – ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz dające możliwość Wyboru opcji inwestycyjnej.
15. **„Umowa dodatkowa”** – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
16. **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
17. **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
18. **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiony przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
19. **„Podgrupa”** – grupa Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych spełniających kryteria określone w polisie, dla których Składka podstawowa, suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
20. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
21. **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
22. **„Karencja”** – okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
23. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną zdarzenie, niezależne od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nastąpiło w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy Wypadek, nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
24. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
25. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
26. **„Dzień wymagalności Składki”** – pierwszy dzień okresu, za który zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania Składek należna jest Składka całkowita.
27. **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności Składki.
28. **„Składka podstawowa”** – Składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
29. **„Składka 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 lub Współubezpieczonego.
30. **„Składka lokacyjna regularna”** – Składka opłacana regularnie w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej.
31. **„Składka lokacyjna nieregularna”** – Składka opłacana dobrowolnie w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej.
32. **„Składka całkowita”** – suma Składek podstawowych, a w przypadku dokonania Wyboru opcji inwestycyjnej również Składek lokacyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w dniu wymagalności Składki podstawowej.
33. **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela Składki podstawowej.
34. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia, odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach.
35. **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami Warunków.
36. **„Alokacja 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 lub Współubezpieczonych.
37. **„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.
 38. **„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.
 39. **„Cena Jednostki uczestnictwa”** – cena, po której Ubezpieczyciel nabywa i umarza Jednostki uczestnictwa.
 40. **„Rachunek”** – utworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego odrębny rachunek, na którym zapisywane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki lokacyjne.
 41. **„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.
 42. **„Rezygnacja z opcji inwestycyjnej”** – oświadczenie Ubezpieczającego o zaprzestaniu opłacania Składki lokacyjnej regularnej i nieregularnej należnej za Ubezpieczonego.
 43. **„Wartość Funduszu”** – jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań i należne opłaty w tym dniu (wartość netto aktywów Funduszu).
 44. **„Wybór opcji inwestycyjnej”** – zobowiązanie się Ubezpieczającego do opłacania Składki lokacyjnej regularnej złożone z własnej inicjatywy Ubezpieczającego lub na wniosek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Wybór opcji inwestycyjnej oznacza otwarcie Rachunku.
 45. **„Opis Funduszy”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, który wchodzi w skład Umowy i określa cel i zasady funkcjonowania Funduszy, dostępnych w ramach Umowy.
 46. **„Wypłata z Rachunku”** – częściowa lub całkowita wypłata wartości Rachunku.
 47. **„Dzień akceptacji wniosku”** – nie później niż 10. dzień roboczy od dnia dostarczenia wniosku do Ubezpieczyciela. Termin ten ma zastosowanie do akceptacji zgodnych z Umową i jednoznacznie sformułowanych wniosków, z którymi związana jest konieczność dokonania wyceny Jednostek uczestnictwa. Termin ten nie ma zastosowania do wniosków o wypłatę Świadczenia.
 48. **„Tabela Limitów i Oplat”** – 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.
 49. **„Pakiet”** – oferowana przez Ubezpieczyciela opcja ubezpieczenia zawierająca Umowę główną z określonymi przez Ubezpieczyciela Umowami dodatkowymi.
 50. **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk), poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.
 51. **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała, które spowodowało bezterminową, trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
 52. **„Trwałe inwalidztwo”** – doznane wskutek Nieszczęśliwego wypadku Trwałe całkowite inwalidztwo lub Trwałe częściowe inwalidztwo.
 53. **„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.
 54. **„Statek wodny”** – statek wodny rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statekami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
 55. **„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.
 56. **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony lub Współubezpieczony, 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.
 57. **„Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu bądź układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 58. **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
 59. **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
 60. **„Szpital”** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej zgodny z zakresem terytorialnym ubezpieczenia (art. 8 Warunków), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
 61. **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy osoba, której pobyt dotyczy, zostanie przeniesiona do innego szpitala. W rozumieniu Warunków za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.

62. **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
63. **„Dziennie świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.
64. **„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.
65. **„Lekarz”** – osoba posiadająca, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny zgodnie z przepisami prawa polskiego lub z przepisami prawa Unii Europejskiej.
66. **„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.
67. **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
68. **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
69. **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie lub procedura medyczna, której poddali się Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek lub Dziecko, opisane w art. 3 ust. 29-33.
70. **„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.
71. **„Wspinaczka wysokogórska i skałkowa”** – przemieszczanie się w terenie stromym wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.
72. **„Leczenie specjalistyczne”** – 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.
- 73) **„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).
- 74) **„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.
- 75) **„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.

ART. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być także:
 - życie Współubezpieczonego;
 - zdrowie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - życie i zdrowie Małżonka lub Dziecka;
 - życie Rodzica i Rodzica Małżonka.
 Zakres odpowiedzialności Towarzystwa w ramach umowy głównej obejmuje śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
- Zakres odpowiedzialności na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Ubezpieczyciela może obejmować dodatkowo wymienione poniżej zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w formie umów dodatkowych:
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR11**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT11**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR11**);
 - Śmierć Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR11**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR11_A**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR11+**);
 - Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW11**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB11_A**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD11**);
 - Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD11**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB11**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB11**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB11**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB11**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**);
 - Śmierć Małżonka (**kod: DSB11**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SADR11**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: SADT11**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SLHB11**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (**kod: DPB11**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: ADPB11**);
 - Narodziny żywego Dziecka (**kod: BCB11**);
 - Śmierć Dziecka (**kod: DCB11**);
 - Narodziny martwego Dziecka (**kod: SBB11**);
 - Osierocenie Dziecka (**kod: OCB11**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR11_A+**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR11_A**);

28. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant podstawowy (**kod: CIB11_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB11_B**) lub wariant pełny (**kod: CIB11_C**);
 29. Poważne zachorowanie Małżonka – wariant podstawowy (**kod: SCIB11_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: SCIB11_B**) lub wariant pełny (**kod: SCIB11_C**);
 30. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na choroby zakaźne (**kod: CIB11_D**);
 31. Poważne zachorowanie Małżonka na choroby zakaźne (**kod: SCIB11_D**);
 32. Poważne zachorowanie Dziecka (**kod: CCIB11**);
 33. Pobyt Małżonka w szpitalu (**kod: SHDB11**);
 34. Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SAHDB11**);
 35. Pobyt Dziecka w szpitalu (**kod: CHDB11**);
 36. Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: CAHDB11**);
 37. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego (**kod: STB11**);
 38. Ubezpieczenie lekowe Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu (**kod: MCR11**).
3. Zakres umów dodatkowych, którymi może zostać objęty Współubezpieczony, określony jest w art. 9 ust. 4.
 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia jest potwierdzony w polisie oraz potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

ART. 3 UMOWY DODATKOWE

1. Ubezpieczony może rozszerzyć Umowę główną o następujące Umowy dodatkowe wymienione w ustępach 2.-39. niniejszego artykułu.
2. **Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: ADR11).**
 1. Przedmiotem Umowy dodatkowej 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.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).
3. **Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (kod: ADT11).**
 1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e), h), i).
4. **Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (kod: WADR11).**
 1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem,

że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust.1, 2, 3 a), b), c), d), e), g).
5. **Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod: HSDR11).**
 1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków, ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **„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 załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
 - b) **„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 po-udarowych,
 - iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
 2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był zawał serca lub udar mózgu (definicje zawału serca i udaru mózgu znajdują się pkt. 1a) oraz pkt. 1b)), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego

musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ciągu 30 dni od postawienia diagnozy.

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

6. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDR11_A).

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

7. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (kod: PDR11+).

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

8. Umowa dodatkowa dotycząca Niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDW11).

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

a) **„Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania 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 z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

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

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

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

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

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

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

9. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: LHB11_A).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił w związku z którąkolwiek

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

4. Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

10. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod: LHSD11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - a) **„Uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
 - b) **„Zawał serca”** – 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 współistnieniem 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.
 - c) **„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 podudarowych,
 - iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, które spowodowały Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), j), n).
5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu:
 - a) był spowodowany chorobą zawodową;
 - b) powstał wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.

11. Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy (kod: TPD11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania 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.
 - b) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - a) mycie,
 - b) ubieranie się,
 - c) odżywianie,
 - d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - e) kontrola czynności fizjologicznych.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy, jeśli nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeśli nastąpiła po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia, pod warunkiem że niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji:
 - a) nastąpiły nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem – trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymują się po upływie okresu wskazanego w pkt. b).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nastąpiła

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

5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego powstała wskutek choroby, która istniała przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

12. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (kod: HDB11).

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

13. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: AHDB11).

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

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

14. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod HSHDB11).

1. Do niniejszej umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) „**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.

- b) „**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 podudarowych,
 - iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu,
 - b) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany

bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

4. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, wskutek których Ubezpieczony przebywa w Szpitalu, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), j), n).

15. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem komunikacyjnym (kod: ATHDB11).

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

16. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem przy pracy (kod: WAHDB11).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Wypadku przy pracy.
3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:

- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym,
- b) Umowa dodatkowa wygasła.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), g).

17. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka (kod: DSB11).

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

18. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SADR11).

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

19. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Wypadkiem komunikacyjnym (kod: SADT11).

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

20. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SLHB11).

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

21. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka (kod: DPB11).

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

22. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: ADBP11).

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

23. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin żywego Dziecka (kod: BCB11).

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

24. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka (kod: DCB11).

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

25. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin martwego Dziecka (kod: SBB11).

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje narodziny martwego Dziecka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 j), m).

26. Umowa dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka (kod: OCB11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie: „Dziecko” – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25. roku życia.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli osierocenie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2.

27. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR11_A+).

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

28. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR11_A).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że Operacja miała miejsce przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował operację Ubezpieczonego, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), n) oraz w ust. 4 i 5 a), b), d), e).

29. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – wariant podstawowy (kod: CIB11_A) albo wariant rozszerzony (kod: CIB11_B) albo wariant pełny (kod: CIB11_C).

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

„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 układowy, 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, 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.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (**kod: CIB11_A**) lub wariantie rozszerzonym (**kod: CIB11_B**) lub w wariantie pełnym (**kod: CIB11_C**).
4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (**kod: CIB11_A**) 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 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 podudarowych,
 - 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 poprzez 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 utrata wzroku w obu oczach 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 utrata słuchu w obu uszach 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.
5. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym (**kod: CI-B11_B**) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 4, 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”** – pierwsza operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę 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 plastyczna”** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej na jeden 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 nieoddające 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 przeszkronej 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 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 w fotelu 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 kąpielania (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 w fotelu 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).

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

- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów 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 ułtucia się igłą/skałeczenia 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 udzielania ochrony ubezpieczeniowej i musi być zgłoszone Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia,
- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

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. Ubezpieczeniem 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 Foley'a 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.

6. Zakres ubezpieczenia w wariantcie pełnym (**kod: CIB11_C**) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 4 i 5, 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 ziarniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy współstnieniu 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 żółtaczka,
 - 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 (okreźnicy),
 - 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 oddechowa”** – 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”** – 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 ścięgowych 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,
 - odżywanie 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.
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 plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimera 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, paralizu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny po-
- twierdzającej zgodność jednostki chorobowej 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. 4 pkt j) 12-miesięcznego okresu,
 - e) w przypadku wrzodzącego zapalenia 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.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), n).
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-łecznicze 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.
- 30. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Małżonka – wariant podstawowy (kod: SCIB11_A) oraz wariant rozszerzony (kod: SCIB11_B) oraz wariant pełny (kod: SCIB11_C).**
1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
- „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 układowy, wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowość 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.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Małżonka.
 3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z trzech wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (**kod: SCIB11_A**) albo wariantie rozszerzonym (**kod: SCIB11_B**) albo w wariantie pełnym (**kod: SCIB11_C**).
 4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (**kod: SCIB11_A**) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z Poważnych zachorowań określonych w art. 3 ust. 29 pkt 4 a) do j), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
 5. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym (**kod: SCIB11_B**) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z Poważnych zachorowań określonych w art. 3 ust. 29 pkt. 4 a) do j) oraz art. 3 ust. 29 pkt. 5 a) do l), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
 6. Zakres ubezpieczenia w wariantie pełnym (**kod: SCIB11_C**) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z Poważnych zachorowań określonych w art. 3 ust. 29 pkt. 4 a) do j) oraz art. 3 ust. 29 pkt. 5 a) do l) oraz art. 3 ust. 29 pkt. 6 a) do t), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
 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 plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV/AIDS, choroby Alzheimerera lub demencji, stanu wegetatywnego/zespołu apalicznego, przewlekłego zapalenia trzustki, zapalenia mózgu, zawałowanej niewydolności oddechowej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwardnienia zanikowego bocznego, dystrofii mięśniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia trzewnego układowego, wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu, ziarniniakowatości 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,
 - 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 art. 3 ust. 29 pkt 4 j), 12-miesięcznego okresu,
 - e) w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu – dzień zabiegu operacyjnego usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy) lub częściowej resekcji jelita cien-

kiego wykonanej podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji.

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), n).
 9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Małżonka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych 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.
 10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do Poważnego zachorowania Małżonka.
- 31. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (kod: CIB11_D).**
1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:

„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne” – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
 2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
 4. 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 przetyku,
 - 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 antygenu wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
 - b) **„Tęžec”** – 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 zuchwy 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 żółtaczk 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 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 beztlenową 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 twarzewego 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.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), n).
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. 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.

32. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne (kod: SCIB11_D).

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

„Poważne zachorowanie na choroby zakaźne” – schorzenie Małżonka Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Małżonka.
3. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej Poważnego zachorowania Małżonka.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z Poważnych zachorowań określonych w art. 3 ust. 31 pkt 4 a) do j), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
5. 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 na choroby zakaźne.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), n).
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Małżonka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych z powodu, których było rozpoczęte postępowanie diagnostyczno-lecnicze 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.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do Poważnego zachorowania Małżonka.

33. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Dziecka (kod: CCIB11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów” – grupy wskazujące Poważne zachorowania wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych grup wyróżniamy następujące Poważne zachorowania:
 - I. **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa,
 - II. **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, inwazyjne zakażenie pneumokokowe,
 - III. **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących Poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **„Nowotwór (guz) złośliwy”** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się

komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu),
 - wszelkie nowotwory skóry w 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 opowiedzeniem opinii specjalisty pediatri 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 pediatri,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrię,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatri 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 pediatrię,
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF) określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka w tym samym wieku, o tej samej płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez specjalistę pediatrię, 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 ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

- d) **„Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu”** – zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **„Łagodny nowotwór mózgu”** – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- f) **„Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną”** – przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliną jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **„Niewydolność nerek”** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **„Przeszczep narządu”** – przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroby, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- i) **„Sepsa (sepsis)”** – zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną i charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi oraz prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków bądź niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca bądź niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut,
 - temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,50°C lub poniżej 36,0°C;

- przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowo-mięśniowego lub działania leków,
 - liczba krwinek białych wychodząca poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania chemioterapii lub zawartości form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub grzybicze występujące jako powikłania po zabiegach chirurgicznych lub urazach. Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.
- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenie bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej, powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny,
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181. dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), n). Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w bezpośrednim następstwie zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
 6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych 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 Dziecka ubezpieczeniem.
 7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.

34. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w Szpitalu (kod: SHDB11).

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,
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek bądź Choroba, w wyniku której Małżonek przebywał w szpitalu nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

35. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SAHDB11).

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

36. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu (kod: CHDB11).

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

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

37. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: CAHDB11).

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

38. Umowa dodatkowa dotycząca Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego (kod: STB11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - a) „**Ablacja**” – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
 - b) „**Chemioterapia**” – metoda systemowego leczenia

choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.

- c) **„Radioterapia”** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
 - d) **„Terapia interferonowa”** – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.
 - e) **„Kardiowerter/defibrylator”** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
 - f) **„Rozrusznik serca”** – (stymulator serca, kardiostymulator) urządzenie elektroniczne służące do pobudzenia rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela Leczenia specjalistycznego polegającego na:
 - a) chemioterapii albo radioterapii,
 - b) terapii interferonowej,
 - c) wszczepieniu kardiowertera/defibrylatora,
 - d) wszczepieniu rozrusznika serca,
 - e) ablacji.
 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.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), d), n).
 6. 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 Ubezpieczyciel pytał i został poinformowany na piśmie przed zawarciem Umowy ubezpieczenia).

39. Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu (kod: MCR11).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenia:
 - a) **„Umowa dotycząca Pobytu w szpitalu”** – każda Umowa dodatkowa oferowana przez Ubezpieczyciela wraz z Umową główną, której zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
 - b) **„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.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, w rozumieniu Umowy dotyczącej Pobytu w szpitalu.
4. Warunkiem zawarcia Umowy dodatkowej jest zawarcie Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypła-

ci świadczenia, zgodnie z zapisami dotyczącymi wyłączenia odpowiedzialności i wyłączającymi możliwość wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

ART. 4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynikające z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia wynikającego z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych:
 - a) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce po dniu wymagalności Składki, jeśli do tego dnia Składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej Składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności Składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagane Składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości,
 - b) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania Składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela,
 - c) w przypadku samobójstwa w okresie dwóch lat od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) pozostawania przez 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,
 - b) udziału przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych (w rozumieniu niniejszych warunków za udział w sportach motorowych rozumiane jest również prowadzenie quadów), lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie oraz udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych,
 - c) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego przez osobę, której dotyczy Zdarzenie ubezpieczeniowe, a która nie była do tego uprawniona, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - d) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - e) usiłowania popełnienia przestępstwa przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia lub popełnienia przez nią przestępstwa z winy umyślnej,

- f) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - g) postępowania przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań przez pracodawcę,
 - h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - i) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - j) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - k) zdarzenia, w którym osoba, której zdarzenie dotyczy, uczestniczyła jako dawca narządów lub tkanek,
 - l) choroby wrodzonej lub dziedzicznej Dziecka,
 - m) poronienia rozumianego jako wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży,
 - n) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - o) skutków chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu, zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - c) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - d) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - e) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją,
 - f) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - g) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - h) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna.
5. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji:
- a) której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków,
 - b) jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - c) jeżeli Operacja związana była z chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - d) operacja została przeprowadzona po 60. dniu licząc od

dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,

- e) jeżeli Ubezpieczony zmarł w czasie Operacji.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka lub Dziecka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli uprawniony do świadczenia przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub osoby, której życie lub zdrowie było objęte ochroną ubezpieczeniową.

ART. 5 KARENCAJA

1. W stosunku do Pracownika przystępującego do Umowy głównej później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
2. W czasie karencji opisanej w ust. 1 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB11**), 14 (**kod: HSHDB11**), 27 (**kod: MSR11_A+**), 34 (**kod: SHDB11**), 36 (**kod: CHDB11**), 39 (**kod: MCR11**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
4. W przypadku umowy dodatkowej określonej w art. 3 ust. 38 (**kod: STB11**), w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie trzymiesięczna karencja.
5. Dodatkowo w przypadku przystąpienia do umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (**kod: CIB11_A oraz CIB11_B oraz CIB11_C**), 30 (**kod: SCIB_A oraz SCIB11_B oraz SCIB11_C**), 31 (**kod: CIB11_D**), 32 (**kod: SCIB11_D**) oraz 33 (**kod: CCIB11**), w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia, rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie trzymiesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu,
 - 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) wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - k) choroba Leśniowskiego – Crohna,
 - l) toczeń trzewny układuwy.
6. Karencje, o których mowa w ust. 3, 4 i 5, zostają zniesione, jeżeli Pracownik z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:

- a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia Pracownik był objęty przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu określonych umów dodatkowych,
- b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanych Umów dodatkowych, wygasła w stosunku do tych Pracowników nie wcześniej niż 30. dnia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.
7. W przypadku osób, o których mowa w ust. 6, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB11**), 14 (**kod: HSHDB11**), 27 (**kod: MSR11_A+**), 34 (**kod: SHDB11**), 36 (**kod: CHDB11**), 38 (**kod: STB11**), 39 (**kod: MCR11**) w okresie dwóch miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (**kod: CIB11_A oraz CIB11_B oraz CIB_C**), 30 (**kod: SCIB_A oraz SCIB11_B oraz SCIB11_C**), 31 (**kod: CIB11_D**), 32 (**kod: SCIB11_D**) oraz 33 (**kod: CCIB11**) w okresie trzech miesięcy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 9 nie wyższe jednak niż określone w art. 32, art. 34, art. 40, art. 41, art. 42 art. 43, art. 44, art. 45, art. 46 i art. 47.
8. Warunkiem zastosowania zasad opisanych w ust. 7 jest przekazanie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, informacji, z której wynika, że:
- a) Pracownicy byli objęci przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez inny zakład ubezpieczeń na podstawie zawartej z Ubezpieczającym umowy grupowego ubezpieczenia na życie,
- b) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do tych Pracowników wygasła nie wcześniej niż 30. dnia przed wskazanym dniem objęcia ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do tej osoby.
9. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trzech miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 6, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 8. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
- a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony lub Współubebezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubebezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie,
- b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubebezpieczonemu.
10. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 5 (**kod: HSDR11**), 10 (**kod: LHSD11**), 11 (**kod: TPD11**), 12 (**kod: HDB11**), 14 (**kod: HSHDB11**), 17 (**kod: DSB11**), 21 (**kod: DPB11**), 24 (**kod: DCB11**), 25 (**kod: SBB11**), 26 (**kod: OCB11**), 27 (**kod: MSR11_A+**), 29 (**kod: CIB11_A oraz CIB11_B oraz CIB_C**), 30 (**kod: SCIB_A oraz SCIB11_B oraz SCIB11_C**), 31 (**kod: CIB11_D**), 32 (**kod: SCIB11_D**), 33 (**kod: CCIB11**), 34 (**kod: SHDB11**), 36 (**kod: CHDB11**), 38 (**kod: STB11**), 39 (**kod: MCR11**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
- b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W przypadku Umowy dodatkowej określonej w art. 3 ust. 23 (**kod: BCB11**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
- b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dziewięciomiesięczna karencja.
12. W czasie karencji wymienionych w ust. 3, 4, 5, 10 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących przedmiotem zakresów poszczególnych Umów dodatkowych, które są spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.
13. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji, o której mowa w ust. 8, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, lub jeżeli Ubezpieczony lub Współubebezpieczony, o którym mowa, w ust. 6, nie doręczy Ubezpieczycielowi oryginału oświadczenia, o którym mowa w ust. 9, w stosunku do Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego stosuje się ust. 3, 4, 5 i 12.

ART. 6 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
- Umowy dodatkowe mogą być zawarte jednocześnie z Umową główną albo w czasie jej trwania, w Rocznicę polisy.
- 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.
- W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia Umowy głównej lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
- Umowę główną zawiera się na czas nieokreślony.
- Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego roku polisowego. Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny rok zgodnie z postanowieniami ust. 7.
- Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego Składki podstawowej w nowej wysokości zaproponowanej zgodnie z zasadami określonymi w art. 15 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 7, nie dotyczy tych Ubezpieczonych lub Współubebezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym roku polisowym.
- Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy.
- Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego z oferowanych przez Ubezpieczyciela pakietów. Ubezpieczający wybiera jeden z pakietów oferowanych przez Ubezpieczyciela o określonym zakresie ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych pakietem.
- Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonych,

Współubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.

12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgody Ubezpieczonych i Współubezpieczonych na zmianę umowy ubezpieczenia.
13. Zmiana, o której mowa w ust. 11, wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Warunków, a Ubezpieczający nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

ART. 7 ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

ART. 8 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

1. Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek, Dziecko, Rodzice Ubezpieczonego, Rodzice Małżonka są objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 27 (**kod: MSR11_A+**) oraz ust. 28 (**kod: MSR11_A**) zakres ubezpieczenia obejmuje Operacje przeprowadzone w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB11**), 13 (**kod: AHDB11**), 14 (**kod: HSHDB11**), 15 (**kod: ATHDB11**), 16 (**kod: WAHDB11**), 34 (**kod: SHDB11**), 35 (**kod: SAHDB11**), 36 (**kod: CHDB11**), 37 (**kod: CAHDB11**), 39 (**kod: MCR11**) zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.
4. W przypadku umowy dodatkowej określonej w art. 3 ust. 38 (**kod: STB11**) zakres ubezpieczenia obejmuje Leczenie specjalistyczne przeprowadzone na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.

ART. 9 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Właściciela lub osobę pozostającą z Ubezpieczającym w stosunku prawnym następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ukończenie 15 lat i nieukończenie 70 lat, z zastrzeżeniem art. 50 ust 3,
 - b) spełnienie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w Polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy.
2. Na warunkach opisanych w ust. 1 do ubezpieczenia mogą przystąpić obok Ubezpieczonego także Współubezpieczeni, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu) dla Współubezpieczonego rozumie się późniejszą z dat:
 - a) data zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b) data ukończenia 18. roku życia – w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c) złożenia odpowiedniego oświadczenia w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Konkubenta,a datą spełnienia kryterium uczestnictwa w ubezpieczeniu Ubezpieczonego.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa zakres ochrony w stosunku do Współubezpieczonych może obejmować co najwyżej następujące zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w postaci Umów dodatkowych:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR11**),
 - b) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT11**),
 - c) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR11**),
 - d) Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR11**),
 - e) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR11_A**),
 - f) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR11+**),
 - g) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW11**),
 - h) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB11_A**),
 - i) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD11**),
 - j) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD11**),
 - k) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB11**),
 - l) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB11**),
 - m) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB11**),
 - n) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB11**),
 - o) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB11**),
 - p) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR11_A+**),
 - q) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR11_A**),
 - r) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant podstawowy (**kod: CIB11_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB11_B**) lub wariant pełny (**kod: CIB11_C**),

- s) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na choroby za-
każne (**kod: CIB11_D**),
 - t) Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego (**kod: STB11**),
 - u) Ubezpieczenie lekowe Ubezpieczonego po pobycie w szpi-
talu (**kod: MCR11**).
5. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
 6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, wymaga akceptacji Ubez-
pieczyciela.
 7. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek.
 8. Warunkiem akceptacji wniosku o przystąpienie do ubezpiecze-
nia może być dostarczenie określonych przez Ubezpieczyciela dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracownika lub poddanie się przez Pracownika badaniom lekar-
skim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placów-
kach medycznych.
 9. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia naj-
bliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono Składkę podstawową należną za danego Pracownika, pod warunkiem poinformowania o tym Ubezpieczyciela w trybie określonym w art. 11 ust. 9.
 10. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w po-
dróży służbowej, chyba że strony ustaliły inaczej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem poprzez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi za pośred-
nictwem Ubezpieczającego potwierdzenia uczestnictwa w ubez-
pieczeniu.
 12. Ubezpieczony ma prawo wskazać tylko jedną osobę jako Kon-
kubenta. Wskazanie Małżonka wyklucza możliwość wskazania Konkubenta, zaś wskazanie Konkubenta wyklucza możliwość objęcia ochroną Małżonka.
 13. Ubezpieczony ma prawo do zmiany osoby wskazanej w oświad-
czeniu jako Konkubent wyłącznie w Rocznicę polisy.

ART.10 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w art. 2 ust. 1, 2 i 3, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypła-
ty świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione oraz podmio-
ty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, są zobowiązane do zachowania tajemni-
cy dotyczącej umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z umową ubezpieczenia. Obowią-
zek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych Pracownika, który przekazał zgłoszenie przystąpienia do ubez-
pieczenia i nie został objęty ubezpieczeniem.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę war-
unków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świad-
czeń 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 ubezpie-
czenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obo-
wiązywania Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie Sumy ubezpie-
czenia.
5. Ubezpieczyciel na żądanie Ubezpieczonego lub Współubezpie-
czonego jest zobowiązany do przekazania informacji określo-
nych w ust. 3 i 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczone-
mu lub Współubezpieczonemu na jego żądanie wymaganych informacji, zmiana warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysoko-
ści świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i Sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.
6. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczają-
cemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia.
8. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zo-
bowiązany do alokowania każdej wpłaconej Składki lokacyjnej do Funduszu na zasadach określonych w art. 19.

ART. 11 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać Składkę całkowitą w terminach podanych w Polisie, w wysokości naliczonej zgod-
nie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracowni-
kowi, Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub Współubezpieczony mają obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przepro-
wadzane są przez Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubez-
pieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy:
 - a) uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony lub Współubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy dodatkowej,
 - b) Ubezpieczony lub Współubezpieczony pozostaje w stanie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej eg-
zystencji w rozumieniu Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubez-
pieczonemu i Współubezpieczonemu informacji określonych w art. 10 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmi-
nę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwe-
go dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3,
 - b) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 4.
5. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu i Współubez-
pieczonemu informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej Ubezpieczający ponosi wobec Ubez-
pieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubez-
pieczonemu i Współubezpieczonemu potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 10 ust.6.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani do podania zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkich znanych sobie okoliczności, o któ-

re Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego i Współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Naruszenie tego obowiązku zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

8. Ubezpieczony jest zobowiązany do uzyskania zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Pełnoletniego Dziecka oraz do poinformowania ich o Sumach ubezpieczenia wynikających z wybranych przez Ubezpieczonego Umów dodatkowych.
9. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których Składka podstawowa ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 8, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
11. Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w Umowie ubezpieczenia na kolejny Rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego Roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w Umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą polisy. Ubezpieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
12. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

ART. 12 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Wysokość Składki podstawowej obowiązująca w pierwszym Roku polisowym ustalana jest przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego są jednakowe:
 - a) dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych,
 - b) dla Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, przed Rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 15 ust. 3 i zależy od:
 - a) wysokości Sumy ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania Składek,

- d) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umów Planu ubezpieczeniowego z Funduszem kapitałowym „Razem w ING” lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, Składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Wysokość Składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
 7. W razie niedoręczenia przez Ubezpieczającego informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, Ubezpieczyciel oblicza Składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpieczycielowi informacji.
 8. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej oraz, 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.
 9. Wysokość Składki podstawowej jest określona w Polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu i nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki podstawowej określona w Tabeli Limitów i Opłat. Minimalna wysokość Składki podstawowej uzależniona jest od częstotliwości opłacania Składek.
 10. Wysokość Składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.
 11. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.

ART. 13 SKŁADKA 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 Roczniczy polisy, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego lub przed Roczniczą polisy.
7. Składka lokacyjna może być finansowana ze środków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

ART. 14 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

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

ART. 15 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI.

1. Na 14 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o wysokości Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym Roku polisowym obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 12 ust. 4. Na wniosek Ubezpieczającego złożony przed Rocznicą polisy Ubezpieczyciel może zaproponować inną wysokość Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym Roku polisowym. Wysokość Składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowiedzi Umowy ubezpieczenia przed Rocznicą umowy.
2. Niezależnie od trybu zmiany Składki określonego w ust. 1 w każdą Rocznicę polisy wysokość Składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 11 ust. 11.
3. W przypadku zmiany w trakcie Roku polisowego średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych co najmniej o 2 lata Ubezpieczyciel ma prawo do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej zgodnie z zasadami określonymi w art. 12.
4. W celu obliczenia średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych dla potrzeb sprawdzenia, czy zachodzą przesłanki do ponownego określenia wysokości Składki podstawowej wskazane w ust. 3, za wiek Ubezpieczonego i Współubezpieczonego przyjmuje się różnicę między rokiem, w którym następuje obliczanie średniego wieku Ubezpieczonych, a rokiem urodzenia tego Ubezpieczonego.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość Składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozlicze-

niowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości Składki podstawowej, pod warunkiem że Ubezpieczający nie wypowiedzi umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.

6. Składka podstawowa obowiązująca w najbliższym Roku polisowym, o której mowa w ust. 1, oraz ustalona ponownie przez Ubezpieczyciela w trakcie Roku polisowego w okolicznościach wskazanych w ust. 3, zachowuje dotychczasową wysokość, jeżeli różnica pomiędzy dotychczasową i nową wysokością Składki ustaloną zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 wynosi nie więcej niż 3%.
7. Zmiana wysokości Składki podstawowej w trybie określonym w ust. 3 nie powoduje zmiany wysokości Składki lokacyjnej regularnej.

ART. 16 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

1. Poczynawszy od pierwszej Roczniczy polisy Ubezpieczającemu, za zgodą Ubezpieczyciela, przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek podstawowych w każdym momencie poprzez złożenie wniosku w terminie określonym w art. 11 ust. 9. 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 osobie, której zawieszenie dotyczy, a za którą Składka podstawowa nie jest opłacana. Ponowne objęcie ubezpieczeniem może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Opłacanie Składki całkowitej może być 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. W przypadku gdy okres zawieszenia opłacania Składki przekracza 3 miesiące, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych określonych w art. 3 w ust.: 5 (**kod: HSDR11**), 10 (**kod: LHSD11**), 11 (**kod: TPD11**), 12 (**kod: HDB11**), 14 (**kod: HSHDB11**), 17 (**kod: DSB11**), 21 (**kod: DPB11**), 24 (**kod: DCB11**), 25 (**kod: SBB11**), 26 (**kod: OCB11**), 27 (**kod: MSR11_A+**), 29 (**kod: CIB11_A oraz CIB11_B oraz CIB_C**), 30 (**kod: SCIB11_A oraz SCIB11_B oraz SCIB_C**), 31 (**kod: CIB11_D**), 32 (**kod: SCIB_D**), 33 (**kod: CCIB11**), 34 (**kod: SHDB11**), 36 (**kod: CHDB11**), 38 (**kod: STB11**), 39 (**kod: MCR11**), o ile Umowa ubezpieczenia zawiera te Umowy dodatkowe, zostanie przywrócona po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego. W tym czasie Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem wymienionych Umów dodatkowych wyłącznie jeżeli zaszły one wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
7. W przypadku Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka (**kod: BCB11**) ochrona ubezpieczeniowa po zawieszeniu opłacania Składki zostanie wznowiona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie Składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego.
8. Zawieszenie opłacania Składki całkowitej następuje, poczynawszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Ubezpieczyciela.
9. W okresie zawieszenia opłacania Składki całkowitej lub Składki podstawowej należnej za Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego Ubezpieczony lub odpowiednio Współubezpieczony zachowują prawo do dokonania wyplat z Rachunku.

ART. 17 SUMA UBEZPIECZENIA

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

FUNDUSZE

ART. 18 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, Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w zależności od ustaleń stron Umowy ubezpieczenia wybiera Fundusze, w które będą alokowane Składki lokacyjne.
6. Fundusze wybrane dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 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. 19 ALOKACJA SKŁADEK

1. Po zaksięgowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty Składki lokacyjnej na koncie danej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nabędzie na Rachunek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 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, Ubezpieczony lub Współubezpieczony wskaże inaczej.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony 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, Ubezpieczony lub Współubezpieczony mają prawo przenieść Jednostki uczestnictwa z jednego Funduszu do innego Funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela w ramach odpowiedniego Subkonta z zastrzeżeniem art. 23 ust. 3.
8. Przeniesienie Jednostek uczestnictwa odbywa się na podstawie wniosku Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i polega na umorzeniu Jednostek uczestnictwa Funduszu według Ceny Jednostki uczestnictwa tego Funduszu i następnie na nabyciu odpowiedniej 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. 20 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. 21 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. 22 WYPŁATA Z RACHUNKU

1. Ubezpieczony lub Współubezpieczony może w dowolnym momencie dokonać wypłaty z przypisanego mu Rachunku poprzez wskazanie wartości wypłaty oraz:
 - a) wskazanie Funduszu lub Funduszy z których Jednostki uczestnictwa mają zostać umorzonelub
 - b) wskazanie Subkonta, z którego ma być dokonana wypłata.

2. Wypłata z Rachunku następuje na wniosek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
3. W przypadku wypłaty z Rachunku podstawą obliczania 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 lub Współubezpieczony 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 lub Współubezpieczony 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. 23 ust. 3.
8. Po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej środka zgromadzone na Rachunku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nie podlegają dalszej Alokacji w Funduszu. Ubezpieczyciel umorzy Jednostki uczestnictwa i przeliczy wartość Rachunku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej podczas 3. dnia wyceny następującej po dniu, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa. Wniosek o wypłatę tak przeliczonej wartości Rachunku złożony odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
9. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu wartość Rachunku w całości na zasadach określonych w ust. 8.

ART. 23 OPŁATY

1. W przypadku wypłaty z Rachunku pobierana jest opłata w wysokości określonej w Tabeli Limitów i Opłat (Opłata za wypłatę).
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 (Opłata za zarządzanie).
3. W przypadku przeniesienia wartości Jednostek Funduszu, o którym mowa w art. 19 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

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpie-

zeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:

- a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego,
 - b) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego lub uprawnionego do świadczenia – o ile z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony lub Współubezpieczony,
 - c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty świadczenia są także dokumenty, o których mowa w art. 25-47.
 4. Wskazane jest, aby dokumenty, o których mowa w ust. 2 oraz w art. 25-47, były dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty znajdują się.
 5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.
 6. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 7. Do wypłaty świadczenia z tytułu umów zawartych na rzecz Współubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 4 stosuje się odpowiednio zasady wypłaty świadczeń określone w niniejszym dziale, doprecyzowane w art. od 25 do 34, 40,41, 43, 46 i 47.

ART. 25 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych objętych następującymi Umowami:
 - a) z tytułu Umowy Głównej – śmierci Ubezpieczonego (**kod: SME11**),
 - b) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR11**) – śmierci Ubezpieczonego,
 - c) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego – śmierci Ubezpieczonego (**kod: ADT11**),
 - d) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy – śmierci Ubezpieczonego (**kod: WADR11**),
 - e) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu – śmierci Ubezpieczonego (**kod: HSDR11**), chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączone.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2

- oraz
- b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) pełną dokumentację medyczną z przebiegu leczenia (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR11**),
 - d) wynik sekcji zwłok jeśli była przeprowadzana (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR11**),
 - e) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy,
 - f) protokołu powypadkowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego, właściwej dla Umowy głównej, wymienionej w ust. 1a). powiększone o Wartość Rachunku. 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.
 4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego właściwej dla Umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1e.
 5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia właściwej dla danej Umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1 pkt b), c) i d) obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
 7. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
 8. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
 9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

ART. 26 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR11)

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej, jeżeli nastąpiło trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe 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 trwałe częściowe inwalidztwo oraz za trwałe całkowite inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z Nieszczęśliwych wypadków.
3. Podstawą do obliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

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

przy czym:

- 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.
5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
 6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
 8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 9. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.

ART. 27 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR11+)

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
 - a) jednorazowej wypłaty 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
 - I. nastąpiło trwale całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub
 - II. nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wymienioną w art. 26 ust. 4.
2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust. 1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów określonych w art. 26 ust. 8.
6. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.

ART. 28 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW11)

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

ART. 29 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: LHB11_A). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

MAŁŻONKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SLHB11)

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone odpowiednio Ubezpieczonemu albo Małżonkowi.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 7, oraz na podstawie wyników badań lekarskich o których mowa w art. 11 ust. 3.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego (**kod: LHB11_A**) lub Małżonka (**kod: SLHB11**), 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 wymienioną 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 dokumentów, o których mowa w art. 26 ust. 8. Ponadto w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka koniecznym jest przedstawienie odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową.

ART. 30 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD11)

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.
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. 1, zostanie wypłacone, jeżeli stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
4. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 8, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 11 ust. 3.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę uszczerbków na zdrowiu podaną w ust. 9.
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 ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2,

- b) 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. Tabela uszczerbków 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%-90%.

Udar mózgu

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

ART. 31 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD11)

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

ART. 32 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU (KOD: SHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB11)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu i Pobytu Dziecka w szpitalu zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, a świadczenie z tytułu umowy dodatkowej Pobytu Małżonka w szpitalu zostanie wypłacone Małżonkowi, zaś.

3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego (**kod: HDB11**), Małżonka (**kod: SHDB11**), Dziecka (**kod: CHDB11**) w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 - 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, Małżonek, Dziecko od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywali na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
6. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - c) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18. rok życia – dotyczy umowy dodatkowej określonej kodem: **CHDB11**,
 - 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.

(KOD: AHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB11). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB11)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, a świadczenie z tytułu umowy dodatkowej Pobytu Małżonka w szpitalu zostanie wypłacone Małżonkowi.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (Umowy dodatkowe określone **kodami: AHDB11, WAHDB11, ATHDB11**), Małżonka (**kod: SAHDB11**), Dziecka (**kod: CAHDB11**) w szpitalu jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB11, SAHDB11, CAHDB11**), wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB11**), Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB11**), pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
6. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9, oraz:
 - a) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu Wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących Wypadku przy pracy w rozumieniu Warunków w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **WAHDB11**,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego, w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **ATHDB11**,
 - c) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18. rok życia – dotyczy Umowy dodatkowej określonej kodem: **CAHDB11**.

ART. 33 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ART. 34 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB11)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w Polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności Dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego (**kod: HSHDB11**) jest Dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - b) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości Dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego Roku polisowego.
6. W ciągu całego Roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca Dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9 pkt a-c oraz e.

ART. 35 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB11)

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

przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 36 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR11)

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

ART. 37 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT11)

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

ART. 38 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN ŻYWEGO DZIECKA (KOD: BCB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB11), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB11)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Uposażonym wskazanym przez Rodzica lub Rodzica Małżonka, w przypadku śmierci odpowiednio Rodzica lub Rodzica Małżonka (**kod: DBP11**); jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka nie wskazali Uposażonych świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu,
 - b) Ubezpieczonemu w przypadku narodzin żywego Dziecka (**kod: BCB11**), śmierci niepełnoletniego Dziecka (**kod: DCB11**), narodzin martwego Dziecka (**kod: SBB11**),
 - c) Uposażonemu wskazanemu przez pełnoletnie Dziecko w przypadku jego śmierci (**kod: DCB11**). Jeżeli pełnoletnie Dziecko nie wskazało Uposażonego, świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu,
 - d) każdemu Dziecku Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego (**kod: OCB11**).
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu jego zajścia.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 1. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego konieczne jest przedłożenie następujących dokumentów:
 - a) śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wy-

- stawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
- lub:
- odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową,
- b) narodziny żywego dziecka:
- odpisu aktu urodzenia Dziecka,
- c) śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio:
- odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka (akt urodzenia) lub zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu,
- d) osierocenie Dziecka:
- odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 39 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB11)

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

ART. 40 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBA LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_A+). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_A)

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego (kod: MSR11_A+ lub kod: MSR11_A) jest odpowied-

ni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli.

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

*Kategoria najwyższa – „1”.

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

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 należąca 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.

ART. 41 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB11_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB11_B LUB WARIANT PEŁNY KOD: CIB11_C)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 29 pkt 7.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 pkt. 4 j jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania wypłata świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego 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 Umowy dodatkowej jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - c) opinii Lekarza prowadzącego,
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - 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.
 7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 8. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
 9. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.

ART. 42 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB11_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB11_B LUB WARIANT PEŁNY KOD: SCIB11_C)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Małżonkowi, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o który mowa w art. 3 ust. 30 ust. 7.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 ust 4 pkt j jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
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 ubezpiecze-

niowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:

- a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - c) opinii Lekarza prowadzącego,
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania,
 - 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.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 8. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
 9. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań, które należą do tej samej grupy, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie.

ART. 43 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NA CHOROBY ZAKAŻNE (KOD: CIB11_D)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 5.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 31 pkt 5.
3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - c) opinii Lekarza prowadzącego,
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - 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. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
5. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

ART. 44 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA NA CHOROBY ZAKAŻNE (KOD: SCIB11_D)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Małżonkowi, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 5.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o który mowa w art. 3 ust. 32 ust. 5.
3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,

- c) opinii Lekarza prowadzącego,
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania na choroby zakaźne,
 - 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. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
 5. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

ART. 45 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB11)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz 7.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 33 pkt. 4.
3. W zależności od rodzaju Poważnego zachorowania wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli Poważne zachorowanie należało do Grupy I,
 - lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
4. Jeżeli Poważne zachorowanie, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należało do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to Poważne zachorowanie, oraz Grupa I.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz:
 - a) odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - c) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań Dziecka,
 - d) opinii Lekarza prowadzącego,
 - e) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka,
 - f) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18. rok życia,
 - 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.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Dziecko zmarło w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
7. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

ART. 46 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO (KOD: STB11)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 38 pkt. 4.
3. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) odpisu dokumentacji medycznej potwierdzającej wykonanie Leczenia specjalistycznego będącego podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej,
 - c) 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. W przypadku wypłacenia przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego, wymienionego w art. 3 ust. 38, odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w zakresie tego Leczenia specjalistycznego. W przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii Ubezpieczyciel wypłaca tylko jedno świadczenie.

ART. 47 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA LEKOWEGO UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU (KOD: MCR11)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczenie zostanie wypłacone nawet jeśli Lekarz nie zaleci ani nie przepíše, 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 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 związku z każdorazowym zakończonym Pobytom 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. 48 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. Prawo do zawarcia indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, w stosunku do którego ochrona z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygasa 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 lub Współubezpieczonemu, 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 i Współubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 49 Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

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. 50 Rozwiązanie Umowy Głównej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia zostanie doręczone Ubezpieczycielowi później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki całkowitej najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania Składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności Składki Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono Składkę całkowitą.
3. W przypadku gdy Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana z powodu niez zaakceptowania 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. 51 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia Umowy głównej,
 - c) rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego stanowiącego podstawę zatrudnienia,
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
2. Za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust. 1 pkt a-c.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt d), za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej Rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej, którą objęty jest Współubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, obok którego przystąpił do Ubezpieczenia,
 - b) w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego bądź stosunku konkubinatu. Oświadczenie takie Ubezpieczony ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
6. W przypadku umów dodatkowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia Umowy głównej.
7. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego z tytułu poniżej wymienionych Umów dodatkowych wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku:
 - a) wypłaty świadczenia w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: PDR11**),
 - b) wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku z miesięcznym świadczeniem (**kod: PDR11+**),
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW11**),
 - d) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD11**),
 - e) wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (**kod: LHB11_A**),
 - f) wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD11**),
 - g) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB11_A** lub **CIB11_B** lub **CIB11_C** albo **kod: SCIB11_A** lub **SCIB11_B** lub **SCIB11_C** albo **kod: CCIB11**), jeżeli Poważne zachorowanie należało do Grupy I określonej odpowiednio dla każdej z tych umów dodatkowych,
 - h) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB11_A** lub **CIB11_B** lub **CIB11_C**) lub Poważnego zachorowania Małżonka (**kod: SCIB11_A** lub **SCIB11_B** lub **SCIB11_C**),
 - i) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne (**kod: CIB11_D**) lub Poważnego zachorowania Małżonka na choroby zakaźne (**kod: SCIB11_D**),
 - i) wypłaty drugiego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Poważnego zachorowania Dziecka (**kod: CCIB11**),
 - j) wypłaty świadczenia w wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR11_A**) oraz Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem (**kod: MSR11_A+**),

- k) wypłaty piątego świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego (**kod: STB11**).
8. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczenia lekowego Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu (**kod: MCR11**), wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy dotyczącej pobytu w szpitalu.

ART. 52 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Współubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela wynikające z Umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi, zażalenia lub odwołania przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 57.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ART. 53 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. 54 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. 55 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków podlega przepisom prawa polskiego.

ART. 56 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 52, 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. 52 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie.

ART. 57 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

ART. 58 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

ART. 59 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, wchodzą w życie z dniem 12 listopada 2013 r.

Anna Grzełowska



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD: MSR11_A+) ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR11_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 mózgowe 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 mózgowe (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

Tarczycy i przytarczycy (B08 – B14)

- B08 Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy Kategorie III
- B09 Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy Kategorie II
- B10 Operacje dotyczące przewodów 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

Oczodoł (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 Zeszycie 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 Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki Kategoria IV
- C72 Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki Kategoria IV
- C73 Nacięcie torebki soczewki Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

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

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

Wrostek 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 Chirurgicalne 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

Krtani (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 Kategorii III
- G59 Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego Kategorii III
- G60 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii) Kategorii III
- G61 Zespolecie omijające jelito czcze Kategorii III
- G64 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego Kategorii III

Jelito kręte (G69 – G82)

- G69 Wycięcie jelita krętego Kategorii III
- G70 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego Kategorii III
- G71 Zespolecie omijające jelito kręte Kategorii III
- G73 Rewizja zespolenia jelita krętego Kategorii III
- G74 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii) Kategorii III
- G75 Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii) Kategorii III
- G76 Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym Kategorii III
- G79 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego Kategorii III
- G82 Wycięcie uchyłka Meckela Kategorii IV

Wrostek robaczkowy (H01)

- H01 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych Kategorii IV

Okrężnica (H04 – H20)

- H04 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy Kategorii I
- H05 Całkowite wycięcie okrężnicy Kategorii I
- H06 Wycięcie prawej połowy okrężnicy Kategorii II
- H08 Wycięcie poprzecznicy Kategorii II
- H09 Wycięcie lewej połowy okrężnicy Kategorii II
- H10 Wycięcie esicy Kategorii II
- H12 Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy Kategorii III
- H13 Zespolecie omijające okrężnicę Kategorii III
- H14 Wyłonienie kątnicy (cekostomia) Kategorii III
- H16 Nacięcie okrężnicy Kategorii III
- H17 Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy Kategorii III
- H18 Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu Kategorii III
- H20 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego Kategorii V

Odbytownica (H33 – H42)

- H33 Wycięcie odbytnicy Kategorii II
- H34 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy Kategorii III
- H40 Przewodzące operacje odbytnicy Kategorii III
- H42 Operacje z powodu wypadania odbytnicy Kategorii III

Odbyt i okolica okołoodbytowa (H48 – H59)

- H48 Operacja szczeliny odbytu Kategorii V
- H49 Operacja ropnia okołoodbytniczego Kategorii V
- H51 Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów) Kategorii IV
- H52 Zniszczenie guzków krwawniczych Kategorii V
- H55 Operacja przetoki okołoodbytniczej Kategorii V
- H59 Wycięcie torbieli włosowej Kategorii IV

Wątroba (J01 – J10)

- J01 Przeszczep wątroby Kategorii I
- J02 Wycięcie płata bądź segmentu wątroby Kategorii I
- J03 Wycięcie zmiany w obrębie wątroby Kategorii III
- J04 Operacja naprawcza wątroby Kategorii II
- J05 Nacięcie wątroby Kategorii IV
- J08 Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu Kategorii IV
- J10 Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby Kategorii IV

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

- J18 Wycięcie pęcherzyka żółciowego Kategorii IV
- J19 Zespolecie pęcherzyka żółciowego Kategorii II
- J21 Nacięcie pęcherzyka żółciowego Kategorii IV
- J24 Przewodzące zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego Kategorii IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

- J27 Wycięcie przewodu żółciowego Kategorii II
- J28 Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego Kategorii III
- J29 Zespolecie przewodu wątrobowego Kategorii I
- J30 Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego Kategorii III
- J31 Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego Kategorii III
- J32 Operacja naprawcza przewodu żółciowego Kategorii II
- J33 Nacięcie przewodu żółciowego Kategorii III
- J34 Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego Kategorii III
- J38 Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa) Kategorii IV
- J40 Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych Kategorii IV
- J42 Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych Kategorii IV
- J46 Przewodząca rewizja zespolenia dróg żółciowych Kategorii IV
- J47 Przewodząca implantacja protezy dróg żółciowych Kategorii IV
- J49 Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T Kategorii V

Trzustka (J54 – J66)

- J54 Przeszczep trzustki Kategorii I
- J55 Całkowite wycięcie trzustki Kategorii I
- J56 Wycięcie głowy trzustki Kategorii I
- J58 Wycięcie zmiany w obrębie trzustki Kategorii III
- J59 Zespolecie przewodu trzustkowego Kategorii II
- J61 Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki Kategorii II
- J62 Nacięcie trzustki Kategorii III
- J66 Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki Kategorii V

Śledziona (J69)

- J69 Całkowite wycięcie śledziony Kategorii III

Ściany, przegrody i komory serca (K01 – K20)

- K01 Przeszczep serca i płuc Kategorii I
- K04 Operacja naprawcza tetralogii Fallota Kategorii I
- K05 Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń Kategorii I
- K07 Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych Kategorii I
- K09 Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego Kategorii I
- K10 Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej Kategorii I
- K11 Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej Kategorii I
- K12 Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca Kategorii I
- K15 Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca Kategorii II
- K16 Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca Kategorii I
- K18 Wytworzenie dróg odpływu z serca Kategorii I
- K20 Plastyka przedsionka serca Kategorii I

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 – K37)

- K25 Walwuloplastyka mitralna Kategorii I
- K26 Walwuloplastyka aortalna Kategorii I
- K27 Plastyka zastawki trójdzielnej Kategorii I
- K28 Plastyka zastawki tętnicy płucnej Kategorii I
- K29 Plastyka nieokreślonej zastawki serca Kategorii I
- K30 Rewizja plastyki zastawki serca Kategorii I
- K31 Walwulotomia Kategorii I
- K35 Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca Kategorii II
- K37 Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca Kategorii 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 Przeszkorna 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 Przenaczyniowe zabiegi dotyczące układu bódźcprzewodzącego i bódźcotwórczego Kategoria III
- K60 Przewodzenie 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 przetrwalego 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 mózgowie, tętnica podobojczykowa (L29 – L39)

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

Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 – L47)

- L41 Odtworzenie tętnicy nerkowej Kategoria I
- L43 Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej Kategoria II
- L45 Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej Kategoria I
- L47 Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

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

Inne tętnice (L65 – 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 wszczęcie 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 (prostata) (M51 – M65)

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

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

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

Moszna i jądra (N01 – N11)

- N01 Wycięcie moszny Kategorie IV
- N05 Obustronne wycięcie jąder Kategorie III
- N06 Jednostronne wycięcie jądra Kategorie IV
- N07 Wycięcie zmiany w obrębie jądra Kategorie IV
- N08 Obustronna implantacja jąder do moszny Kategorie III
- N10 Proteza jądra Kategorie IV
- N11 Operacja wodniaka jądra Kategorie IV

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

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

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

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

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

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

Pochwa (P14 – P31)

- P14 Nacięcie kanału pochwy Kategorie V
- P17 Wycięcie pochwy Kategorie V
- P19 Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych Kategorie IV
- P20 Wycięcie zmiany w obrębie pochwy Kategorie IV
- P21 Operacja plastyczna pochwy Kategorie V
- P22 Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy Kategorie IV
- P24 Operacja naprawcza sklepienia pochwy Kategorie V
- P25 Założeniu szwu okrężnego u kobiet w ciąży Kategorie V
- P26 Wprowadzenie pesarium do pochwy Kategorie V
- P29 Operacyjne leczenie nietrzymania moczu (NTM) Kategorie IV
- P31 Operacje zatoki Douglasa Kategorie V

Macica (Q01 – Q20)

- Q01 Amputacja szyjki macicy Kategorie IV
- Q02 Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy Kategorie V
- Q05 Częściowa amputacja szyjki macicy Kategorie V
- Q07 Wycięcie macicy Kategorie III
- Q09 Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą Kategorie III
- Q16 Zabiegi terapeutyczne macicy wykonane metoda histeroskopii Kategorie IV
- Q20 Usunięcie mięśniaków macicy metodą laparoskopową Kategorie IV

Jajowód (Q22 – Q32)

- Q22 Obustronne wycięcie przydatków macicy Kategorie III
- Q23 Jednostronne wycięcie przydatków macicy Kategorie IV

- Q24 Całkowite wycięcie jajowodu Kategorie IV
- Q25 Częściowe wycięcie jajowodu Kategorie V
- Q26 Implantacja protezy jajowodu Kategorie V
- Q27 Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów Kategorie V
- Q31 Nacięcie jajowodu Kategorie III
- Q32 Operacje strzępków jajowodu Kategorie V

Jajnik. Więzadło szerokie macicy (Q43 – Q47)

- Q43 Częściowe wycięcie jajnika Kategorie V
- Q44 Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika Kategorie III
- Q45 Operacja naprawcza jajnika Kategorie V
- Q47 Całkowite wycięcie jajnika Kategorie IV

Skóra (S30 – S37)

- S30 Przeszczep skóry w obrębie twarzy lub szyi Kategorie IV
- S31 Przeszczep skóry w innej okolicy Kategorie V
- S37 Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry Kategorie V

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

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

Ściana brzucha (T20 – T30)

- T20 Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej Kategorie IV
- T21 Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej Kategorie III
- T22 Pierwotna operacja przepukliny udowej Kategorie III
- T23 Operacja nawrotowej przepukliny udowej Kategorie III
- T24 Operacja przepukliny pępkowej Kategorie IV
- T25 Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategorie IV
- T26 Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej Kategorie III
- T27 Operacja innej przepukliny ściany brzucha Kategorie IV
- T29 Operacje pępka Kategorie III
- T30 Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej Kategorie IV

Otrzewna (T33 – T42)

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

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

- T50 Przeszczep powięzi Kategorie V
- T51 Wycięcie powięzi brzucha Kategorie V
- T52 Wycięcie innej powięzi Kategorie IV
- T53 Wycięcie zmiany w obrębie powięzi Kategorie V
- T54 Rozdzielenie powięzi Kategorie V
- T55 Uwolnienie powięzi Kategorie V
- T59 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna Kategorie IV
- T60 Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna Kategorie IV
- T62 Operacja kaletki Kategorie IV

Ścięgna (T65 – T71)

- T65 Wycięcie ścięgna Kategorie 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 III
- 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 śródstopkową (wewnętrzna) 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 śródstopkową (wewnętrzna) 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

