

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OWU/TRM6/1/2011

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR OWU/TRM6/1/2011

Ogólne warunki grupowego terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem TRM6.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach grupowego terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TRM6/1/2011 (dalej: Warunki), w polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.
- 4) **„Pracownik”** – osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
- 5) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 6) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie TRM6, do którego stosuje się Warunki.
- 7) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie.
- 8) **„Umowa dodatkowa”** – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 9) **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa główna łącznie z umowami dodatkowymi.
- 10) **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 11) **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 12) **„Podgrupa”** – grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w polisie, dla których składka podstawowa, suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 13) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
- 14) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- 15) **„Karencja”** – okres liczony od określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 16) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 17) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
- 18) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 19) **„Dzień wymagalności składki”** – pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest składka całkowita.
- 20) **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki.
- 21) **„Składka podstawowa”** – składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 22) **„Składka całkowita”** – suma składek podstawowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w dniu wymagalności składki.
- 23) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki podstawowej.
- 24) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 25) **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami Warunków.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 5.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego nowej wysokości składki podstawowej na zasadach określonych w art. 12 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia na kolejny rok polisowy. Jeżeli Ubezpieczyciel przed rocznicą polisy nie przekaze Ubezpieczającemu informacji o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się.
6. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 5, nie dotyczy tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym roku polisowym.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Art. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności, i obejmuje okres jednego roku polisowego.

Art. 5 KARENCA

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

Art. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

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

Art. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Pracownika następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ukończenie 15 lat i nieukończenie 65 lat, z zastrzeżeniem art. 17 ust. 3,
 - b) istnienie określonego w polisie stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym,
 - c) spełnianie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
3. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 2, wymaga akceptacji Ubezpieczyciela. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
4. Warunkiem akceptacji zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia może

- być doręczenie określonych przez Ubezpieczyciela dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracownika lub poddanie się przez Pracownika badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
- Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono składkę podstawową należną za danego Pracownika, pod warunkiem poinformowania o tym Ubezpieczyciela w trybie określonym w art. 9 ust. 6.
 - Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.
 - Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem przez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 - Ubezpieczony może być objęty ubezpieczeniem jednej podgrupy, z zastrzeżeniem, że dokonanie zmiany przynależności do podgrupy możliwe jest jedynie w rocznicę polisy.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę całkowitą w terminach podanych w polisie, w wysokości naliczonej zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji określonych w art. 8 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3,

- niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela - w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 4.
- a. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- b. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 8 ust. 4b.
- Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani poinformować Ubezpieczyciela o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela.
- Naruszenie obowiązku określonego w ust. 4 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
- Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których składka podstawowa ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 6, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
- Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

Art. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

- Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki podstawowej obowiązująca w pierwszym roku polisowym ustalana jest przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
- Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
- Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
- Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 i zależy od:
 - wysokości sum ubezpieczenia,
 - zakresu umów dodatkowych,
 - częstotliwości opłacania składek,
 - liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
- W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umów Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie 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.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka podstawowa jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnie-

niem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. W razie nedoręczenia Ubezpiezczeniowi przez Ubezpieczającego najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, Ubezpieczyciel oblicza składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpiezczeniowi informacji.
9. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej i wysyła odpowiednią fakturę VAT do Ubezpieczającego.
10. Wysokość składki podstawowej jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
11. Wysokość składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita może być opłacana z częstotliwością:
 - a) miesięczną,
 - b) kwartalną,
 - c) półroczną,
 - d) roczną.
2. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania składki całkowitej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8.
3. Częstotliwość opłacania składki całkowitej jest określona w polisie.
4. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności składki. Za datę opłacenia składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela kwotą składki całkowitej w pełnej wysokości.

Art. 12 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI

1. Na 30 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel może przekazać Ubezpieczającemu informację o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 10 ust. 4. Nową wysokość składki podstawowej uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy. Postanowienie art. 8 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
2. Niezależnie od trybu zmiany składki określonego w ust. 1 w każdą rocznicę polisy wysokość składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 8.
3. W przypadku zmiany w trakcie roku polisowego struktury Ubezpieczonych (dane, o których mowa w art. 10 ust. 4) w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej co najmniej o 20% Ubezpieczyciel ma prawo do ponownego określenia wysokości składki podstawowej. Przy ocenie stopnia zmian struktury Ubezpieczonych Ubezpieczyciel uwzględni również Ubezpieczonych, za których opłacenie składki podstawowej zostało zawieszona oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości składki podstawowej, pod warunkiem że Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.

Art. 13 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

Ubezpieczającemu, za zgodą Ubezpieczyciela, przysługuje prawo zawieszenia opłacania części składek podstawowych oraz, począwszy od pierwszej rocznicy polisy, również składki całkowitej. W okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Art. 14 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy

- na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

Art. 15 Odstąpienie od umowy głównej

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

Art. 16 Rozwiązanie umowy głównej

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpiezczeniowi 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 Ubezpiezczeniowi później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpiezczeniowi doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki całkowitej najpóźniej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności składki, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono składkę całkowitą.
3. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu, na jaki została zawarta, w przypadku nieprzedłużenia jej na kolejny okres na warunkach, o których mowa w art. 3 ust. 4 i 5.

Art. 17 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia umowy głównej,
 - c) rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b),
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 65. 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 65. roku życia.

Art. 18 Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

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

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Art. 19 Śmierć ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpie-

czeniuowej Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.

Art. 20 OSOBY UPRAWNIONE. SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

- Świadczenie jest wypłacane Uposażonemu na jego pisemny wniosek.
- Jeżeli Ubezpieczony wyznaczył więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpiezonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpiezonego.
- Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpiezonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 2.
- Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpiezonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust. 3, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpiezonego w następującej kolejności:
 - małżonek,
 - dzieci,
 - rodzice,
 - rodzeństwo,
 - dzieci rodzeństwa.
- Otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpiezonego wymienionych w ust. 4 zaliczonych do wyższej kategorii wyklucza otrzymanie świadczenia przez członków rodziny Ubezpiezonego zaliczonych do niższej kategorii (kategoria „a”) – najwyższa). Członkowie rodziny Ubezpiezonego zaliczeni do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach. Świadczenie nie przysługuje członkowi rodziny Ubezpiezonego, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego.
- W przypadku braku osób wymienionych w ust. 4 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpiezonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpiezonego. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpiezonego.
- Ubezpieczony może w dowolnym czasie wskazać innego Uposażonego w drodze pisemnego oświadczenia złożonego Ubezpieczycielowi. Zmiana Uposażonego staje się skuteczna z dniem otrzymania tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionych przez odnośne władze lub lekarza,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w ust. 4 i 6,
 - innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Wypłata świadczenia jest dokonywana jednorazowo, w zależności od żądania Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w ust. 4 i 6, przelewem na wskazany rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres.

Art. 21 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpiezonego była spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - aktów terroryzmu,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpiezonego po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpiezonego nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
- W przypadku śmierci Ubezpiezonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela lub w okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia.

Art. 22 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 4 i 6, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub beczynność Ubezpieczyciela wynikające z umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela.
- 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.
- Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
- Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
- W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 4 i 6, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
- Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, lub dotyczącego odwołania, o którym mowa w ust. 5, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
- W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 28.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 23 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

- 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.
- Wszelkie opłaty z tytułu opłacania składek ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć tę składkę o ich wysokość.
- Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 24 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. 25 ZMIANA UMOWY GŁÓWNEJ

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

Art. 26 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 27 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 22, 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. 22 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie. Ubezpieczyciel przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 28 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub odpowiednio innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 4 i 6.

Art. 29 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Ubezpieczyciela, Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w sposób odbiegający od Warunków.

2. Wszelkie zmiany do treści umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Art. 30 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ADR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej

wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązuje w następnym roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

5. Każda zmiana umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązuje w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 Warunków umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ADT6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADT6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa główna**” – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) „**Umowa dodatkowa**” – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczenie**” – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) „**Ubezpieczony**” – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) „**Wypadek komunikacyjny**” – nagły, niezależny od woli Ubezpieczonego i wywołany przyczyną zewnętrzną nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 6) „**Dzień objęcia ubezpieczeniem**” – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) „**Składka za umowę dodatkową**” – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 10) „**Statek wodny**” – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszko-wieć.
- 11) „**Statek powietrzny**” – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie 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 wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem że wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez lekarza lub stosowne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności

koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - j) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich.
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - l) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniejszej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WADR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem WADR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem WADR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) **„Wypadek przy pracy”** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony, w ramach łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Ubezpieczającego zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 2. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Ubezpieczającego w drodze między siedzibą Ubezpieczającego a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 3. w czasie trwania podróży służbowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie 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 wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawar-

- cia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym, następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.
5. Każda zmiana umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składkę,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek wypadku przy pracy lub jeżeli

ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku przy pracy będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem że wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu art. 1 pkt 6 Warunków,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia,

jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę.
- e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- f) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - ii) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek przy pracy, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
 4. Za wypadek przy pracy nie uważa się nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomaz Blawat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU HSDR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HSDR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSDR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Zawał serca”** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone:
 - a) typowym dla zawału serca bólem w klatce piersiowej, świeżymi zmianami w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzającym wystąpienie zawału serca i znaczącym podwyższeniem stężenia enzymów sercowych krwi,
 - b) badaniem sekcijnym lub kartą zgonu.
 Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 6) **„Udar mózgu”** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych uszczerbków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 24 godziny lub w krótszym okresie, jeśli w tym okresie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego. Rozpoznanie musi zostać poparte:
 - a) świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI),
 - b) badaniem sekcijnym lub kartą zgonu.
 Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: zawał mózgu, krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia

umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 Warunków umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem że zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze,
 - d) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - e) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzana,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

- c) wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPowodowanego NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 6) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 7) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubez-

- pieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasa.
 5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązującą w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jed-

- nego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło 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.
2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu umowy dodatkowej nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z nieszczęśliwych wypadków.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

trwałe inwalidztwo częściowe	procent sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%

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

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,

- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczenia, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt a) oraz c),
 - d) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) i d) w stosunku do Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM Z MIESIĘCZNYM ŚWIADCZENIEM PDR6+

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDR6+.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR6+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa główna**” – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) „**Umowa dodatkowa**” – Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczenie**” – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) „**Ubezpieczony**” – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) „**Trwałe inwalidztwo**” – trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 6) „**Trwałe częściowe inwalidztwo**” – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 7) „**Trwałe całkowite inwalidztwo**” – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 8) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) „**Utrata**” – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 10) „**Dzień objęcia ubezpieczeniem**” – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) „**Składka za umowę dodatkową**” – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że stopień inwalidztwa wynosi co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wskazaną w art. 9 ust. 8) oraz nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem, że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W okresie 12 miesięcy licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w Art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasła.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta

- jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
 3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
 4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w Art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w formie:
 - a) jednorazowej wypłaty w wysokości 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) regularnych wypłat równych miesięcznych świadczeń przez okres pięciu lat, których łączna kwota stanowi 50% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku,
 jeżeli:
 - I. nastąpiło trwale całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub
 - II. nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, pod warunkiem że stopień inwalidztwa wynosi łącznie co najmniej 40% zgodnie z tabelą Ubezpieczyciela wymienioną w art. 9 ust. 8.
2. Pierwsze świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust. 1 b), zostanie wypłacone jednocześnie ze świadczeniem jednorazowym, o którym mowa w ust 1 a).
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
7. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.
8. Jeżeli nastąpiło trwale częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ustali stopień inwalidztwa zgodnie z tabelą poniżej.

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

przy czym:

- a) **Utrata** – fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
- b) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieod-

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPowodOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDW6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDW6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDW6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną niezdolności do pracy Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność do pracy Ubezpieczonego, pod warunkiem że:
 - a) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - c) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt b).

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

b) umowa dodatkowa wygasła.

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,

- d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
- e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
- f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
- 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
- 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
- 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

- 1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- 2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
- 3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- 1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY TPD6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem TPD6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem TPD6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Niezdolność do pracy”** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej powstała w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 10) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pod warunkiem że:
 - a) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem – trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt b).

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego roz-

poczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

4. W okresie 12 miesięcy, licząc od dnia zajścia choroby lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasła.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o których mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

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

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została

zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LHB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem LHB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa główna**” – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) „**Umowa dodatkowa**” – Umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczenie**” – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) „**Ubezpieczony**” – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) „**Uszczerbek na zdrowiu**” – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 6) „**Stály uszczerbek na zdrowiu**” – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 7) „**Długotrwały uszczerbek na zdrowiu**” – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 8) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej
- 9) „**Dzień objęcia ubezpieczeniem**” – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 10) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) „**Składka za umowę dodatkową**” – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składkę,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu

w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU LHSD6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem LHSD6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHSD6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Zawał serca”** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 6) **„Udar mózgu”** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 7) **„Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
- 8) **„Stály uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 9) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującą w następnym roku polisowym następuje automatycznie przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone, jeżeli stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
4. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 9, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 6 ust. 5.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik do Warunków.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i wypłacie świadczenia zarówno obniżenie, jak i podwyższenie stopnia uszczerbku nie jest możliwe.

9. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
10. Dokumenty, o których mowa w ust. 9, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
11. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Tabela uszczerbku dla zawału serca i udaru mózgu

Zawał serca

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

Udar mózgu

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

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA DSB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem DSB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności

- dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 - Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
 - Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

- Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - aktów terroryzmu,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicz-

- nym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
- Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia związku małżeńskiego i nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.
 - Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 - Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
- wygaśnięcia umowy dodatkowej,
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej,
 - wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SPowodOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM SADR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SADR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.

4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej, wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową, obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.
5. Każda zmiana umowy dodatkowej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do umowy dodatkowej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę umowy dodatkowej.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - d) dokument potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- nia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) prowadzenia przez Małżonka pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Małżonek nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Blawat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO SADT6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SADT6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem SADT6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa główna**” – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) „**Umowa dodatkowa**” – umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczenie**” – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) „**Ubezpieczony**” – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) „**Wypadek komunikacyjny**” – nagły, niezależny od woli Małżonka i wywołany przyczyną zewnętrzną nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Małżonek jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 7) „**Dzień objęcia ubezpieczeniem**” – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) „**Składka za umowę dodatkową**” – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) „**Statek wodny**” – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statekami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkiowiec.
- 11) „**Statek powietrzny**” – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 12) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA

ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu wpłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na

- jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w Art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku komunikacyjnego będącego wyłączną przyczyną śmierci Małżonka, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Małżonka wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem że wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w Art. 20 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez lekarza lub stosowne władze,
 - e) dokument potwierdzający zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument,

- notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) prowadzenia przez Małżonka pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Małżonek nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu, zgodnie ze stosownymi przepisami prawa,
 - i) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - j) wypadku w ruchu wodnym, zaistniałego w czasie przebywania przez Małżonka na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich.
 - k) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - l) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została

zawarta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w Art. 4 ust. 3 i 4.

4. Jeżeli Ubezpieczający nie zamierza przedłużać umowy dodatkowej, może na 30 dni przed rocznicą polisy dokonać w formie pisemnej wypowiedzenia umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym rocznicę polisy.

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SLHB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SLHB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem SLHB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6 do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Uszczerbek na zdrowiu”** – Stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 6) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 7) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 13) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego u niej uszczerbek na zdrowiu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA

ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:

- a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w Art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 7 oraz na podstawie wyników badań lekarskich o których mowa w Art. 6 ust. 5.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Małżonka, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udostępnia tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z

oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO FCR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem FCR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca ubezpieczenia członków rodziny Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Współubezpieczony”** – Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 7) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 8) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 9) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 12) **„Karencja”** – okres liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwiadczniające się po porodzie.
- 14) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 15) **„Narodziny martwego Dziecka”** – urodzenie się martwego Dziecka potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
- 16) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 17) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W zależności od wariantu określonego w polisie umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (kod DPB6),
 - b) wariant B – narodziny Dziecka (kod BCB6),
 - c) wariant C – śmierć Dziecka (kod DCB6),
 - d) wariant D – narodziny martwego Dziecka (kod SBB6),
 - e) wariant E – osierocenie Dziecka (kod OCB6),
 - f) wariant F – śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (ADPB6).
2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów, spośród wymienionych w ust. 1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 i 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową odrębnie dla każdego wariantu wybranego przez Ubezpieczającego jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu – w przypadku wariantu A, B, C, D lub F,
 - b) każdemu Dziecku – w przypadku wariantu E.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
3. W przypadku wariantu E w stosunku do każdego Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia art. 20 ust. 2, 3, 7 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka, śmierć Dziecka lub osierocenie Dziecka były spowodowane lub wydarzyły się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka była spowodowana lub wydarzyła się w następstwie choroby wrodzonej lub dziedzicznej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu narodzin martwego Dziecka w przypadku 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 (21 tygodni i 6 dni).
4. Jeżeli śmierć Współubezpieczonego nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
5. W przypadku Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, przez okres dziewięciu miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu narodzin Dziecka.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO CIB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CIB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 11) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 12) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu umowy dodatkowej.
W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfelda-Jakoba, HIV,
 - b) **Grupa II** – zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty,
 - c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, niezłośliwy guz mózgu,
 - d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (CIB6_A) lub wariantie rozszerzonym (CIB6_B).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonania zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

- wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu),
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytki neurologiczne.
 - c) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - d) **Udar mózgu:** nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
 - e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
 - f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa.
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
 - g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub 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.
Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
 - h) **Utrata wzroku:** całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę.
Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - i) **Utrata słuchu:** całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa.
Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- j) **Utrata mowy:** całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
4. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub wykonania zabiegu, o którym mowa w ust. 3, oraz dodatkowo następujących poważnych zachorowań lub zabiegów:
- a) **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **Operacja zastawek serca** – pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
- c) **Stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
- d) **Ciężkie oparzenia** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **Anemia aplastyczna** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
- f) **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała 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** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przeszkronej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.
- i) **Choroba Parkinsona** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,

- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

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

- j) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- k) **Zakażenie wirusem HIV** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
 - Przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
 - Jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia.
 - Przeszczepienie ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
5. W przypadku przystąpienia do umowy dodatkowej ma zastosowanie 90-dniowa karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania,
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych – dzień zabiegu operacyjnego,
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
 - d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt j) dwunastomiesięcznego okresu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu oplatania składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa

w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja obejmująca wszystkie poważne zachorowania i zabiegi, o których mowa w art. 2 ust. 3 i 4.
5. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 i 4, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy

ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.

4. łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - g) wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 10.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 2 ust. 3 pkt j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa w sposób zawiniony przez Ubezpieczonego,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku określonego w art. 6 ust. 5 i 6 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone

- w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej,
 - c) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 9 ust. 4a) oraz art. 9 ust. 10.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SCIB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SCIB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem SCIB6 podany niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu poważnego zachorowania pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Małżonka lub procedura medyczna, której poddał się Małżonek.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 13) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi,
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, Choroba Creutzfelda-Jakoba, HIV,
 - b) **Grupa II** – zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych bypass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty,
 - c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, niezłośliwy guz mózgu,
 - d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (SCIB6_A) lub wariantie rozszerzonym (SCIB6_B).
3. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonania zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

- wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu),
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczycowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- b) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 - c) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - d) **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
 - e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
 - f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
 - g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Małżonkowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku białego.
 Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
 - h) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - i) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - j) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna możliwość mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu

- o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi.
- Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.
4. Zakres ubezpieczenia w wariantie rozszerzonym obejmuje wystąpienie u Małżonka poważnego zachorowania lub wykonania zabiegu, o którym mowa w ust. 3, oraz dodatkowo następujących poważnych zachorowań lub zabiegów:
- 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.
 - Operacja zastawek serca** – pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
 - Stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
 - Ciężkie oparzenia** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
 - Anemia aplastyczna** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
 - Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.
 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp.
 - Angioplastyka tętnic wieńcowych** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przeszkrónej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej.
 - Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.
 - Choroba Parkinsona** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 z listy 6 podstawowych potrzeb życiowych, pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,

- odżywianie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej
- Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:
 - ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się,
 - poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
 - przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia,
 - kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
 - odżywianie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
 - Zakażenie wirusem HIV** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
 - przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 tygodni od daty przetoczenia,
 - jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia,
 - przeszczepienie ubezpieczonego (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.
5. W przypadku przystąpienia do umowy dodatkowej ma zastosowanie 90-dniowa karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
- nowotwór (guz) złośliwy,
 - łagodny nowotwór mózgu.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
- w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedzialnej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania,
 - w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych – dzień zabiegu operacyjnego,
 - w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
 - w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 3 pkt j) dwunastomiesięcznego okresu.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja obejmująca wszystkie poważne zachorowania i zabiegi Małżonka, o których mowa w art. 2 ust. 3 i 4.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 3 i 4, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

- a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - f) wybranego wariantu umowy dodatkowej
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Małżonka Ubezpieczonego lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 10.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 2 ust. 3 pkt j) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - e) opinii Lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - g) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - h) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

7. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
8. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe
9. W przypadku śmierci Małżonka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Małżonka zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
10. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie Małżonka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Małżonka, jeżeli ten pozostawał świadomie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkach wysokogórskich i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa w sposób zawiniony przez Małżonka,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Małżonka rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Małżonka będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po 2 latach od dnia objęcia Ubezpiezonego ubezpieczeniem.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Małżonek w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku określonego w art. 6 ust. 5 i 6 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Małżonka.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w spo-

sób zawiniony przyczynił się do powstania poważnego zachorowania Małżonka.

6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO CCIB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CCIB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonej kodem CCIB6 podany niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie Dziecka lub procedura medyczna, której poddało się Dziecko.
- 7) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 8) **„Karencja”** – okres liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 9) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Składka na umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 13) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - a) **Grupa I** – niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa,
 - b) **Grupa II** – bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, pneumokok,
 - c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu)
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątku czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

- b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu:** rozpoznana na podstawie następujących kryteriów: nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatry wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub
 - stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego, przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatry,
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrę,
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatry jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka w przypadku, gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka,
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrę,
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF), określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka o tym samym wieku, płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmacyjnego zaleconego przez specjalistę pediatrę, stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
- c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub móżdżku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący 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 sześciu 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, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
 Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

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

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

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa

w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja obejmująca wszystkie poważne zachorowania i zabiegi Dziecka, o których mowa w art. 2 ust. 2.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania Dziecka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 9.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 4.
3. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu, wypłata świadczenia z tytułu umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
4. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
5. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu urodzenia Dziecka
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - e) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań Dziecka,
 - f) opinii lekarza prowadzącego,
 - g) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Dziecka,
 - h) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.

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

7. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem umowy dodatkowej, z tytułu którego zostało wypłacone świadczenie, o ile śmierć Dziecka zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu śmierci Dziecka o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
9. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie Dziecka zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Dziecko, jeżeli Dziecko pozostawało pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony.
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa w sposób zawiniony przez Dziecko,
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - j) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Dziecka rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem przystąpienia Pracownika do umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku określonego w art. 6 ust. 5 i 6 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania poważnego zachorowania Dziecka.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU HDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem HDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniająca personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej opieki specjalistycznej, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 11) **„Chorobopsychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 12) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 13) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 14) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 15) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.

16) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

17) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.

18) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym

w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem

zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Uposażony z umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w art. 20 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS,
 - m) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - n) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - o) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - p) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - q) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - r) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - s) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - t) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - u) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa wygasa z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Umowa dodatkowa wygasa z upływem okresu, na który została za-

warta, jeżeli nie doszło do jej przedłużenia na zasadach określonych w art. 4 ust. 3 i 4.

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU AHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem AHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem AHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowskiego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu

umowy dodatkowej, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku

3. W czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasła.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodat-

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel

wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Uposażony z umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Art. 20 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

nie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych Warunków umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ATHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ATHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem ATHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 12) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 13) **„Statek wodny”** – statek rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszko-wieć.
- 14) **„Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 16) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 17) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 18) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w Art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

4. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany wypadkiem komunikacyjnym, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywają pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego,
 - e) jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był wypadkiem komunikacyjnym, innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Uposażony z umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Art. 20 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,

- c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu 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,
 - g) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych,
 - h) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych Warunków umowy głównej.
2. Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Blawat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WAHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem WAHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem WAHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku przy pracy, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 10) **„Wady wrodzone”** – odchylenie od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 12) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - b) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.
 W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.

13) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.

14) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

15) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.

16) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w

szpitalu, jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany wypadkiem przy pracy, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia wypadku przy pracy. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Uposażony z umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Art. 20 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę,
 - e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządze-

- nia wykorzystującego energię rozszczepienia jądowego lub promieniotwórczość,
- f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych Warunków umowy głównej.
2. Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU HSHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HSHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem HSHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „Umowa główna” – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) „Umowa dodatkowa” – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „Ubezpieczenie” – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6 do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) „Ubezpieczony” – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) „Szpital” – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 6) „Pobyt w szpitalu” – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Ubezpieczonego.
- 7) „Dzień pobytu w szpitalu” – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 8) „OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)” – wydzielony oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 9) „Lekarz” – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) „Zawał serca” – pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
- 11) „Udar mózgu” – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 12) „Dzień objęcia ubezpieczeniem” – późniejszy z następujących termi-

nów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.

- 13) „Karencja” – okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego.
- 14) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 15) „Składka za umowę dodatkową” – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 16) „Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej” – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej, wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.

- Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w Art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej, wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową, obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

- Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
- Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
- Część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
- Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w Art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - wysokości sum ubezpieczenia,
 - zakresu umów dodatkowych,
 - częstotliwości opłacania składek,
 - liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników.
- W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
- Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

- Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w

każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w Art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu. Dzielne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu jest płatne od 1 dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
- W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
- Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywają pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie pobytu w szpitalu, uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest

Uposażony z umowy głównej lub inna osoba uprawniona określona w Art. 20 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - h) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - i) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - j) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

- a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,

- b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU SHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem SHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 11) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 12) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 14) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 16) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem z ty-

tułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.

- 17) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 18) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 19) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.

- Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

- Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
- Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
- Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
- Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - wysokości sum ubezpieczenia,
 - zakresu umów dodatkowych,
 - częstotliwości opłacania składek,
 - wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
- W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
- Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

- Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdej rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Małżonka w szpitalu.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt Małżonka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień – jeżeli Małżonek od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu Małżonka na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
- W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Małżonka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
- Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Małżonka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Małżonka w szpitalu.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu Małżonka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się

niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Małżonka były:
 - a) działania wojenne lub stan wojenny,
 - b) akty terroryzmu,
 - c) czynny i dobrowolny udział Małżonka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenie związane z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenie Małżonka lub okaleczenie Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Małżonka, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowanie popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem,
 - l) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS,
 - m) udział Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - n) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka,
 - o) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - p) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - q) niewydolność nerek, w wyniku której Małżonek wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - r) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy,
 - s) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna,
 - t) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Małżonka zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - u) zdarzenie, w którym Małżonek uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Małżonka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

wiedzenia umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym rocznicę polisy.

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SAHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem SAHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonej kodem SAHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Małżonka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu pobytu w szpitalu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Małżonka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Małżonek zostanie przeniesiony do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Małżonka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Małżonka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 12) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

3. W czasie pobytu Małżonka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasa.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Małżonka,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzający fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w następujących przypadkach:

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU CHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem CHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 10) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 11) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. W rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu
- 12) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 13) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 14) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Dziecka zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 16) **„Karencja”** – okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu

uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.

- 17) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 18) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 19) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wnioszek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 4.

- Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

- Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
- Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
- Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
- Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - wysokości sum ubezpieczenia,
 - zakresu umów dodatkowych,
 - częstotliwości opłacania składek,
 - wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
- W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
- Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

- Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakcepto-

waniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Dziecka w szpitalu.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
 - 1 dzień – jeżeli Dziecko od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywało na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu Dziecka na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
- Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
- W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
- Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu Dziecka na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się

niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Dziecko, które nie było do tego uprawnione, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko.
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - j) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - l) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - m) zakażenia wirusem HIV lub choroba AIDS,
 - n) wykonywania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - o) leczenia związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - p) niewydolności nerek, w wyniku której Dziecko wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - q) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - r) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - s) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - t) zdarzenia, w którym Dziecko uczestniczyło jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpocznie się w okresie karencji, zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem art. 3 ust 6.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

wiedzenia umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem poprzedzającym rocznicę polisy.

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU CAHDB6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CAHDB6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem CAHDB6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Dziecko”** – wszystkie dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miały ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyły 18. roku życia bądź nie ukończyły 25. roku życia i są w trakcie pobierania nauki.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczniczy uzdrowiskowego.
- 7) **„Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Dziecko zostanie przeniesione do innego szpitala. Za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w celu rehabilitacji lub rekonwalescencji Dziecka.
- 8) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Dziecka w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami prawa Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Dziecka zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 11) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 12) **„Dziennie świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie póź-

niej niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,

3. W czasie pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasa z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym – zatrudnienia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt b) ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - b) umowa dodatkowa wygasa.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta

- jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
- Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
 - Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubezpieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
 - Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - wysokości sum ubezpieczenia,
 - zakresu umów dodatkowych,
 - częstotliwości opłacania składek,
 - wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
 - W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umowy dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 - Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 - Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 - Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

- Dzienne świadczenie szpitalne z tytułu umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może ulec zmianie w każdej rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem zasad określonych w art. 9 ust. 8 ogólnych Warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu, jest dzień świadczenia szpitalnego obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Dziecka w szpitalu.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu trwał co najmniej 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu,
- Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
- W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu Dziecka w szpitalu, liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
- Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

- Czasowa nieobecność Dziecka w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Dziecka w szpitalu.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego oraz Dziecka,
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka,
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 8, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 14 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR6+

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MSR6+.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR6+ podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca operacji Ubezpieczonego zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w szpitalu przez lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów lub objawów choroby spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem oraz wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) **„Karencja”** – okres, liczony od określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 12) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 13) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 15) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana chorobą,

- b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia po upływie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub od dnia, w którym Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu operacji Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium Unii Europejskiej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić Ubezpieczycielowi dostęp do dotyczącej go pełnej dokumentacji medycznej.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego jest odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

kategoria Operacji*	procent sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
3. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzenia ostatniej z Operacji.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany Operacji, zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - h) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - i) chirurgii plastycznej (włączając operację powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - j) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - k) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - l) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS,

- m) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - n) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - o) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
 - p) leczenia związanego z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub poronieniem samoistnym,
 - q) niewydolności nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek),
 - r) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy,
 - s) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej,
 - t) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - u) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja związana była z chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpiło po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, które było powodem Operacji, nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
 6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
 7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja została przeprowadzona po 30 dniu, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej,
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzi w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Blawat

T. Blawat
Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol

E. Zorychta-Kąkol
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR6

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MSR6.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR6 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem TRM6.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca operacji Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** – Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie oznaczone kodem TRM6, do którego stosuje się ogólne warunki ubezpieczenia umowy głównej.
- 4) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczony w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 5) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów lub objawów choroby spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 6) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład leczenia uzdrowiskowego.
- 7) **„Lekarz”** – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa lub z przepisami Unii Europejskiej, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 10) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** – dzień przeprowadzenia Operacji.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za umowę dodatkową”** – składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, pod warunkiem że operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy

- dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem następnym po dniu opłacenia składki całkowitej, i obejmuje okres jednego roku polisowego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem określonym w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki całkowitej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę na terytorium Unii Europejskiej.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
3. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisowego i może być każdorazowo przedłużana na kolejny okres, zgodnie z postanowieniami ust. 5.
5. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego w trybie określonym w art. 12 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej wysokości składki podstawowej obejmującej składkę za umowę dodatkową obowiązującej w następnym roku polisowym następuje automatyczne przedłużenie okresu obowiązywania umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki za umowę dodatkową obowiązująca w pierwszym roku polisowym, w którym zawarta jest umowa dodatkowa, ustalana jest przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Składka za umowę dodatkową jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego są jednakowe lub proporcjonalne do sumy ubez-

- pieczenia dla wszystkich Ubezpieczonych lub dla Ubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy dodatkowej, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej i zależy od:
 - a) wysokości sum ubezpieczenia,
 - b) zakresu umów dodatkowych,
 - c) częstotliwości opłacania składek,
 - d) wieku i płci Pracowników przystępujących do ubezpieczenia,
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników,
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
 5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy dodatkowej odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem Umowy dodatkowej dotyczącej operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów dodatkowych, składka za umowę dodatkową może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
 6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za umowę dodatkową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
 7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku odpowiadający kategorii operacji według poniższej tabeli:

kategoria Operacji*	procent sumy ubezpieczenia
1	100%
2	75%
3	50%
4	25%
5	10%

* Kategoria najwyższa – „1”.

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

2. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
3. Suma świadczeń z tytułu Operacji w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

- b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
- d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami polskiego prawa,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinacze wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
 - i) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji, jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który był powodem Operacji, nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który był powodem Operacji, nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony został poddany Operacji, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Operacja została przeprowadzona po 30. dniu, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) wygaśnięcia umowy dodatkowej,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
 - c) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt c) ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości jej wznowienia.

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A uchwałą nr 41/2011 z dnia 20 maja 2011 r., wchodzą w życie z dniem 20 maja 2011 r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR6+ ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR6

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 - A09)

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

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 - A22)

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

Nerwy czaszkowe (A24 - A33)

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

Opony mózgowe (A38 - A42)

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

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

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

Nerwy obwodowe (A59 - A62)

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

Inne części układu nerwowego (A75)

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

Przysadka i szyszynka (B01 - B06)

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

Tarczycza i przytarczycze (B08 - B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II

B10	Operacje dotyczące przewodów tarczyczo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 - B23)

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

Sutek (B27 - B35)

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

Oczodół (C01 - C06)

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

Mięśnie oka (C31 - C34)

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

Spojówka i rogówka (C47 - C49)

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

Twardówka i tęczęwka (C53 - C62)

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

Komorę przednią gałki ocznej i soczewka (C66 - C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorbkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorbkowe 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 przewod słuchowy zewnętrzny (D04)

D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 - D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V

D16 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych
D19 Wycięcie zmiany ucha środkowego

Kategoria III
Kategoria IV

Nos (E01 - E09)

E01 Amputacja (resekcja) nosa
E02 Operacje plastyczne nosa
E03 Operacje przegrody nosa
E04 Operacje małżowiny nosa
E05 Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej
E06 Tamponada nosa tylna
E09 Operacje nosa zewnętrznego

Kategoria III
Kategoria III
Kategoria V
Kategoria V
Kategoria IV
Kategoria V
Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 - E17)

E12 Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego
E14 Operacje zatoki czołowej
E15 Operacje zatoki klinowej
E17 Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej

Kategoria IV
Kategoria IV
Kategoria IV
Kategoria V

Gardło (E19 - E24)

E19 Wycięcie gardła
E21 Operacje naprawcze gardła
E24 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła

Kategoria I
Kategoria III
Kategoria III

Krtani (E29 - E34)

E29 Wycięcie krtani
E30 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani
E31 Odtworzenie krtani
E34 Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani

Kategoria III
Kategoria III
Kategoria I
Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 - E48)

E39 Częściowe wycięcie tchawicy
E40 Operacje plastyczne tchawicy
E41 Otwarta implantacja protezy tchawicy
E42 Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)
E44 Otwarte operacje ostrogi tchawicy
E46 Częściowe wycięcie oskrzela
E48 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych

Kategoria I
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria IV
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III

Płuca i śródpiersie (E53 - E62)

E53 Przeszczep płuca
E54 Wycięcie płuca
E55 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca
E61 Otwarte operacje śródpiersia
E62 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu

Kategoria I
Kategoria I
Kategoria I
Kategoria IV
Kategoria III

Język i podniebienie (F22 - F29)

F22 Wycięcie języka
F23 Wycięcie zmiany w obrębie języka
F24 Nacięcie języka
F28 Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia
F29 Korekcja zniekształcenia podniebienia

Kategoria III
Kategoria V
Kategoria V
Kategoria V
Kategoria IV

Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 - F39)

F34 Wycięcie migdałków podniebiennych
F38 Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej
F39 Odtworzenie innej części jamy ustnej

Kategoria V
Kategoria V
Kategoria IV

Ślinianki (F44 - F55)

F44 Wycięcie ślinianki
F45 Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki
F50 Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)
F51 Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki
F52 Podwiązanie przewodu ślinianki
F55 Poszerzenie przewodu ślinianki

Kategoria IV
Kategoria IV
Kategoria IV
Kategoria IV
Kategoria V
Kategoria V

Przełyk (G01 - G14)

G01 Wycięcie przełyku i żołądka
G02 Całkowite wycięcie przełyku
G03 Częściowe wycięcie przełyku
G04 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku
G05 Zespolecie omijające przełyku
G06 Rewizja zespolenia przełykowego
G07 Operacja naprawcza przełyku
G08 Wytworzenie przetoki przełykowej
G10 Otwarte operacje żyłaków przełyku
G11 Otwarta implantacja protezy przełyku
G14 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku

Kategoria I
Kategoria I
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria II
Kategoria III
Kategoria I
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria V

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G27 - G43)

G27 Całkowite wycięcie żołądka
G28 Częściowe wycięcie żołądka
G29 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka
G30 Operacje plastyczne żołądka
G31 Zespolecie żołądkowo-dwunastnicze
G32 Zespolecie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym
G34 Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)
G35 Operacje wrzodu żołądka
G40 Nacięcie odźwiernika
G43 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego

Kategoria I
Kategoria II
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria V

Dwunastnica (G49 - G54)

G49 Wycięcie dwunastnicy
G50 Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy
G51 Zespolecie omijające dwunastnicę
G52 Operacje wrzodu dwunastnicy
G54 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy

Kategoria III
Kategoria II
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria V

Jelito czcze (G58 - G64)

G58 Wycięcie jelita czczego
G59 Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego
G60 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)
G61 Zespolecie omijające jelito czcze
G64 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego

Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III

Jelito kręte (G69 - G79)

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

Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III
Kategoria III

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych

Kategoria IV

Okrężnica (H04 - H20)

H04 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy
H05 Całkowite wycięcie okrężnicy
H06 Wycięcie prawej połowy okrężnicy
H08 Wycięcie poprzeczniczy
H09 Wycięcie lewej połowy okrężnicy
H10 Wycięcie esicy

Kategoria I
Kategoria I
Kategoria II
Kategoria II
Kategoria II
Kategoria II

H12	Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	Kategoria III
H13	Zespolecie omijające okrężnicę	Kategoria III
H14	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	Kategoria III
H16	Nacięcie okrężnicy	Kategoria III
H17	Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy	Kategoria III
H18	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	Kategoria III
H20	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego	Kategoria V

Odbytynica (H33 - H42)

H33	Wycięcie odbytnicy	Kategoria II
H34	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	Kategoria III
H40	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	Kategoria III
H42	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	Kategoria III

Odbyt i okolica okołoodbytowa (H51 - H59)

H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV

Wątroba (J01 - J10)

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

Pęcherzyk żółciowy (J18 - J24)

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J19	Zespolecie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J24	Przejskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 - J49)

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

Trzustka (J54 - J66)

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

Śledziona (J69)

J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Ściany, przegrody i komory serca (K01 - K20)

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

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 - K37)

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K29	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	Kategoria I
K30	Rewizja plastyki zastawki serca	Kategoria I
K31	Walwulotomia	Kategoria I
K35	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	Kategoria II
K37	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I

Tętnice wieńcowe (K40 - K49)

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

Inne części serca i osierdzie (K52 - K69)

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

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 - L13)

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

Tętnica główna (aorta) (L16 - L26)

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

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

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

Odgąlenia aorty brzusznej (L41 - L47)

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

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 - L63)

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

Inne tętnice (L65 - L71)

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

Nerki (M02 - M15)

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

Moczowód (M18 - M32)

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

Pęcherz moczowy (M34 - M43)

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

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego. Gruczoł krokowy (prostate) (M51 - M65)

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

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

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

Moszna i jądra (N01 - N11)

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

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

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

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 - N30)

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

Srom i krocze kobiece (P01 - P11)

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

Pochwa (P14 - P31)

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

Macica (Q01 - Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q02	Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	Kategoria V

W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródspikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródspikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

Operacje dotyczące wielu układów (X01 - X14)

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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR OWU/TRM6/1/2011

Art. 1 DEFINICJE	3
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
Art. 3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	3
Art. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI	3
Art. 5 KARENCA	3
Art. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY	3
Art. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA	3
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	4
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	4
Art. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI	4
Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	5
Art. 12 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI	5
Art. 13 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI	5
Art. 14 SUMA UBEZPIECZENIA	5
Art. 15 ODSĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ	5
Art. 16 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	5
Art. 17 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	5
Art. 18 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	5
Art. 19 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	5
Art. 20 OSOBY UPRAWNIONE. SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	6
Art. 21 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	6
Art. 22 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	6
Art. 23 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	6
Art. 24 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	6
Art. 25 ZMIANA UMOWY GŁÓWNEJ	6
Art. 26 PRAWO WŁAŚCIWE	7
Art. 27 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	7
Art. 28 ROZSTRZYGANIE SPORÓW	7
Art. 29 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA	7
Art. 30 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	7

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ADR6

Art. 1 DEFINICJE	8
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	8
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	8
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	8
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	8
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	9
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	9
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	9
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	9
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	9
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ADT6

Art. 1 DEFINICJE	10
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	10
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	10
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	10
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	10
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	10
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	10
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	11
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	11
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	11
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	11
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	11
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WADR6

Art. 1 DEFINICJE	13
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	13
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	13
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	13
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	13
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	12
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	13
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	14
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	14
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	14
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	14
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	14
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	14

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU HSDR6

Art. 1 DEFINICJE	15
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	15
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	15
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	15
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	15
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	15
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	15
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	16
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	16
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	16
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	16
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	16
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	17

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDR6

Art. 1 DEFINICJE	18
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	18
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	18
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	18
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	18
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	18
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	18
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	19
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	19
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	20
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	20
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	20
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	20

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDR6+

Art. 1 DEFINICJE	21
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	21
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	21
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	21
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	21
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	21
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	21
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	22
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	22
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	23
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	23
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	23
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM PDW6

Art. 1 DEFINICJE	24
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	24
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	24
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	24
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	24
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	24
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	24
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	25
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	25
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	25
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	25
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	25
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	26

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY TPD6

Art. 1 DEFINICJE	27
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	27
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	27
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	27

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	27
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	27
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	28
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	28
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	28
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	28
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	28
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	29
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	29

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LHB6

Art. 1 DEFINICJE	30
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	30
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	30
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	30
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	30
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	30
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	30
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	31
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	31
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	31
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	31
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	32
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	32

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU LHSD6

Art. 1 DEFINICJE	33
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	33
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	33
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	33
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	33
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	33
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	33
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	34
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	34
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	34
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	35
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	35
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	35

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA DSB6

Art. 1 DEFINICJE	36
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	36
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	36
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	36
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	36
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	36
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	36
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	37
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	37
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	37

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	37
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	37
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	37

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM SADR6

Art. 1 DEFINICJE	38
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	38
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	38
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	38
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	38
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	38
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	38
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	39
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	39
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	39
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	39
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	39
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	39

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSPÓŁMAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO SADR6

Art. 1 DEFINICJE	40
Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA	40
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	40
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	40
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	40
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	40
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	40
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	41
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	41
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	41
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	41
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	42
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	42

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWALEGO USZCZEBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SLHB6

Art. 1 DEFINICJE	43
Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA	43
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	43
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	43
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	43
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	43
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	43
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	44
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	44
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	44
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	44
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	45
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	45

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO FCR6

Art. 1 DEFINICJE	46
Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA	46
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	46
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	46
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	46
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	46
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	47
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	47
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	47
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	48
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	48
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	48
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	48

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO CIB6

Art. 1 DEFINICJE	49
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	49
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	50
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	51
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	51
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	51
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	51
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	51
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	51
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	52
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	52
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	52
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	52

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO SCIB6

Art. 1 DEFINICJE	53
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	53
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	54
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	55
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	55
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	55
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	55
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	55
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	55
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	56
Art. 11 WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	56
Art. 12 WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	56
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	56

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO CCIB6

Art. 1 DEFINICJE	57
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	57
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	58
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	58
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	58

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	58
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	58
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	59
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	59
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	59
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	60
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	60
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	60

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU HDB6

Art. 1 DEFINICJE	61
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	61
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	61
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	61
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	62
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	62
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	62
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	62
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	62
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	63
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	63
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	63
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	63

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU AHDB6

Art. 1 DEFINICJE	64
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	64
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	64
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	64
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	64
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	64
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	65
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	65
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	65
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	65
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	66
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	66
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	66

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO ATHDB6

Art. 1 DEFINICJE	67
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	67
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	67
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	67
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	68
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	68
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	68
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	68
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	68
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	68
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	69
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	69

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY WAHDB6

Art. 1 DEFINICJE	70
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	70
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	70
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	70
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	70
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	71
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	71
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	71
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	71
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	71
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	72
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	72
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	72

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGI HSHDB6

Art. 1 DEFINICJE	73
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	73
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	73
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	73
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	74
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	74
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	74
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	74
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	74
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	75
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	75
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	75
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	75

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU SHDB6

Art. 1 DEFINICJE	76
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	76
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	76
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	76
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	77
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	77
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	77
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	77
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	77
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	78
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	78
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	78
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	78

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘLIWEGO WYPADKU SAHDB6

Art. 1 DEFINICJE	79
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	79
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	79

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	79
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	79
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	79
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	79
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	80
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	80
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	80
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	80
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	81
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	81

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU CHDB6

Art. 1 DEFINICJE	82
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	82
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	82
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	82
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	83
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	83
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	83
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	83
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	83
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	84
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	84
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	84
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	84

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU CAHDB6

Art. 1 DEFINICJE	85
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	85
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	85
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	85
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	85
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	85
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	85
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	86
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	86
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	86
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	87
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	87
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	87

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR6+

Art. 1 DEFINICJE	88
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	88
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	88
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	88
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	88
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	88
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	89
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	89
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	89
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	89
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	90

Art. 12 WYGASNIENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	90
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	90

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR6

Art. 1 DEFINICJE	91
Art. 2 PRZEDMIOT ZAKRES UBEZPIECZENIA	91
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	91
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	91
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	91
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	91
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	91
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	92
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	92
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	92
Art. 11 WYGASNIENIE UMOWY DODATKOWEJ	93
Art. 12 WYGASNIENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	93
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	93

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO MSR6+ ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM MSR6

