



**OGÓLNE WARUNKI
GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE
„MULTIOCHRONA”**

„MULTIOCHRONA” 

**Ogólne
Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia
na Życie
„Multiochrona”**



SIGNAL IDUNA

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na życie „Multiochrona”, zwane „Ogólnymi Warunkami” stosuje się do umów Grupowego Ubezpieczenia na życie „Multiochrona”, zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.

DEFINICJE

§2

Określenia użyte w Ogólnych Warunkach oznaczają:

1. **Ubezpieczyciel** - SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
2. **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
3. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy Ubezpieczenia, której życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
4. **współubezpieczony** - małżonek lub partner, rodzic, teść, dziecko Ubezpieczonego,
5. **pracownik** - osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, osoba fizyczna wykonująca pracę na rzecz Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą prawną, w tym kontraktu menedżerskiego, a także będący osobą fizyczną członkiem albo wspólnikiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym lub inna osoba fizyczna uznana przez Ubezpieczyciela za związaną z Ubezpieczającym;
6. **małżonek** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia pozostawała w związku małżeńskim z Ubezpieczonym;
7. **partner** - osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego, płci przeciwnej i stanu wolnego, nie starsza niż 15 lat od Ubezpieczonego i nie spokrewniona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. Warunkiem zgłoszenia partnera jest stan wolny Ubezpieczonego. Zgłoszenie (zmiana) partnera wymaga odpowiedniej adnotacji w deklaracji uczestnictwa i możliwe jest w dacie przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia lub w rocznicę polisy;
8. **rodzic** - ojciec lub matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka;
9. **teść** - ojciec lub matka małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka Ubezpieczonego;
10. **dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba;
11. **uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
12. **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków;
13. **polisa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
14. **rocznica polisy** - pierwszy dzień miesiąca, w którym przypada rocznica daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej;
15. **ochrona ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń określonych w umowie ubezpieczenia;
16. **karencja** - okres czasu liczony od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia, w którym zajście zdarzenia określonego w umowie nie skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
17. **składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia;
18. **suma ubezpieczenia** - kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;

19. **świadczenie** - suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
20. **okres rozliczeniowy** - okres wskazany w umowie ubezpieczenia, za który opłacana jest składka; może być to miesiąc, kwartał, pół roku lub rok;
21. **akt przemocy** - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby - w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej - zostaje ograniczona;
22. **akt terroru** - dokonanie lub groźba lub usiłowanie dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo pozbawieniu wolności, bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, chemicznych, biologicznych lub radiologicznych, wszelkich przedmiotów lub narzędzi, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu;
23. **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej na terenie Polski przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji i opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Za szpitale nie uznaje się: domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych;
24. **sanatorium** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa nie będący szpitalem, przeznaczony do leczenia chorób przewlekłych, rehabilitacji oraz zapobiegania nawrotom choroby i ich skutkom;
25. **OIOM** - wydzielony, specjalistyczny szpitalny oddział intensywnej opieki medycznej, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonego w sprzęt specjalistyczny umożliwiający ciągłą kontrolę zagrożenia czynności życiowych pacjentów;
26. **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
27. **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
28. **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w związku z ruchem pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
29. **trwale kalectwo** - powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku stan polegający na całkowitym fizycznym braku lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad określonym w niniejszych Ogólnych Warunkach narządem Ubezpieczonego;
30. **niezdolność do pracy** - całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nie rokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej trwająca nieprzerwanie przez okres dłuższy niż dwanaście miesięcy, powstała w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, stwierdzona przez Ubezpieczyciela na podstawie własnych ustaleń;
31. **trwały uszczerbek na zdrowiu** - będące wynikiem zdarzeń określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach trwałe naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, powodujące upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego;
32. **poważne zachorowanie** - wystąpienie, w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, objawów zachorowania na jedną z chorób, powstanie obrażeń lub przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych, których rodzaj spełnia jedną z definicji określających w niniejszych Ogólnych Warunkach poważne zachorowania dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego;
33. **nowotwór** - niekontrolowany wzrost liczby i rozprzestrzenianie się komórek nowotworu złośliwego, naciekających zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Pojęcie to nie obejmuje nowotworów „in situ”, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyłączeniem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym), przewlekłej białaczki limfatycznej, choroby Hodgkina (ziarnicy złośliwej) w pierwszym stadium;
34. **zawał serca** - martwica części (lub fragmentu) mięśnia sercowego (myocardium) w następstwie zamknięcia tętnicy wieńcowej; rozpoznanie musi być potwierdzone stwierdzeniem w wywiadzie typowego bólu w klatce piersiowej, ujawnieniem świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym i zwiększeniem aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej serca powyżej standardowych wartości prawidłowych;
35. **udar mózgu** - wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza-specjalistę i potwierdzona przez typowe objawy kliniczne oraz tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą trwać minimum 3 miesiące. Wykluczone są: przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), pourazowe uszkodzenie mózgu, neurologiczne objawy spowodowane migreną oraz udary lakunarne bez deficytu neurologicznego;
36. **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki;
37. **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - przebiecie zabiegu operacyjnego z otwarciem klatki piersiowej w celu korekcji dwóch lub więcej zwężonych lub

- niedrożnych naczyń wieńcowych poprzez przeszczep naczyń wieńcowego (CABG). Wskazania do operacji muszą się opierać na wyniku angiografii wieńcowej, a wykonanie operacji musi być potwierdzone przez lekarza-specjalistę. Wylączone są: angioplastyka, inne zabiegi wewnątrznaczyniowe, zabiegi endoskopowe;
38. **przeszczep narządu** - przeszczepienie osobie objętej ochroną ubezpieczeniową jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca, wątroby, trzustki, płuc oraz szpiku kostnego;
 39. **utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku, z brakiem możliwości poprawy w rezultacie zabiegów medycznych; utrata wzroku musi trwać nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy;
 40. **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy;
 41. **ciężkie oparzenie** - oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała;
 42. **zakażenie wirusem HIV** - zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, co charakteryzuje się występowaniem zakażeń oportunistycznych, schorzeń nowotworowych i neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych (tzw. chorób wskaźnikowych);
 43. **paraliż** - całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach poprzez porażenie spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego na skutek choroby lub wypadku. W ocenie nie bierze się pod uwagę niedowładów. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia. Wylączona jest: polineuropatia w zespole Guillan-Barre;
 44. **operacja chirurgiczna** - zespół zabiegów chirurgicznych polegających na naruszeniu ciągłości tkanek, wykonywany przez zespół lekarzy w warunkach szpitalnych (w ramach bloku operacyjnego) podczas jednego pobytu w szpitalu, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; pojęcie to nie obejmuje żadnych zabiegów wykonywanych w celach diagnostycznych oraz przy zastosowaniu metod endoskopowych;
 45. **leczenie chorób naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zawężenia lub zamknięcia jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, atektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Wylączone są korekty zawężenia mniejszego niż 70% światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Korekta zawężenia obu tętnic musi być przeprowadzona podczas jednego zabiegu. Konieczność przeprowadzenia danego zabiegu musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych - koronarografii. Wykluczone jest leczenie wrodzonych wad serca;
 46. **operacja zastawek serca** - przeprowadzenie operacji serca na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy jednej lub więcej zastawek serca. Przeszczepienie może dotyczyć zastawek aortalnych, dwudzielnych, płucnych lub trójdzielnych w związku z ich zwężeniem lub niedomykalnością lub wadą złożoną. Konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego musi być ustalona przez kardiologa. Wykluczone są: operacje zastawek bez ich przeszczepienia, valvulotomia, valvuloplastyka oraz zabiegi wykonywane w celu leczenia wad wrodzonych;
 47. **chirurgiczne leczenie aorty** - przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegającego na usunięciu uszkodzonego odcinka aorty i zastąpieniu go przeszczepem. Zabieg, o którym mowa musi dotyczyć aorty w odcinku piersiowym lub brzuszny do wysokości odejścia tętnic biodrowych wspólnych. Wykluczone są zabiegi dotyczące jedynie odgałęzień aorty;
 48. **choroby tropikalne** - zdiagnozowanie jednej z następujących chorób: choroba Chagasa, cholera, dżuma, filarioza, arbowirusowe zapalenia mózgu, schistosomatoza, śpiączka afrykańska, żółta gorączka, gorączka Denga, gorączka Assam, gorączka Lassa, gorączka Ebola, gorączka Marburg. Jednoznaczne rozpoznania choroby musi być potwierdzone przez ośrodki medyczne specjalizujące się w diagnozowaniu w/w chorób. Do uznania rozszczenia niezbędne są dokumenty potwierdzające odbycie szczepień wymaganych przy wyjazdach do odwiedzanych przez Ubezpieczonego krajów;
 49. **śpiączka** - stan nieprzytomności charakteryzujący się całkowitym brakiem reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne utrzymujący się nieprzerwanie przez okres ponad 96 godzin z zastosowaniem aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu (wspomaganie oddychania, krążenia) i doprowadzający do trwałego istotnego klinicznie ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza-specjalistę. Deficyt neurologiczny musi zostać udokumentowany medycznie przez okres co najmniej 3 miesięcy. Wykluczone są: śpiączka powstała w następstwie spożycia alkoholu, narkotyków lub środków farmakologicznych, stan śpiączki wywołany/przedłużany sztucznie w celu terapeutycznym;
 50. **piorunujące zapalenie wątroby (hepatitis fulminans)** - niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza-specjalistę chorób zakaźnych lub chorób wątroby. Wykluczone są: wystąpienie piorunującego zapalenia wątroby wskutek próby samobójczej, samozatrucie, przedawkowania leków lub spożycia alkoholu;
 51. **przewlekłe zapalenie wątroby typ B** - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: utrzymanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i AlAT w sposób ciągły przez okres 6 miesięcy, stwierdzenie

- nie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+), kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczk, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
52. **przewlekłe zapalenie wątroby typ C** - przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histo-patologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przewlekłe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją;
53. **choroba Alzheimera** - znaczące upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki innych. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Wykluczone są w szczególności: guzy mózgu, otępienie pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne wieku podeszłego, inne demencje organiczne;
54. **anemia aplastyczna** - niedokrwistość uwarunkowana znacznym upośledzeniem czynności krwiotwórczej szpiku, której rezultatem jest: anemia, neutropenia i trombocytopenia wymagające leczenia jedną z następujących metod: transfuzja krwi, przeszczep szpiku kostnego, leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych oraz przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującej aplazję szpiku;
55. **zapalenie mózgu** - ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, móżdżku, pnia mózgu) spowodowane infekcją powodujące znaczące i trwałe następstwa neurologiczne utrzymujące się przez okres, co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa. Wykluczone jest zapalenie mózgu ze współistniejącą infekcją HIV;
56. **dystrofia mięśniowa** - genetycznie uwarunkowana postępująca dystrofia mięśni objawiająca się postępującym symetrycznym osłabieniem mięśni i ich zanikiem bez pierwotnego zajęcia układu nerwowego (miopatia). Dla ustalenia rozpoznania wymagane jest potwierdzenie przez badania specjalistyczne (EMG, biochemiczne badanie krwi i moczu) oraz badanie specjalisty neurologa;
57. **łagodny guz mózgu** - nieinwazyjny rozrost tkanki mózgowej powodujący trwałe ubytki neurologiczne. Wyłączenia świadczenia następuje jedynie w przypadku usunięcia łagodnego guza mózgu w znieczuleniu ogólnym lub niemożności jego usunięcia z powodów medycznych. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza-specjalistę i potwierdzona wynikiem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu. Objawy trwałego ubytku neurologicznego muszą być udokumentowane medycznie przez okres przynajmniej 3 miesięcy. Wykluczone są: torbiele, zmiany ziarniakowe, krwaki oraz guzy przysadki mózgowej lub rdzenia kręgowego, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu;
58. **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** - bakteryjne lub wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych będące przyczyną znaczącego trwałego ubytku neurologicznego trwającego, co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa po upływie 3 miesięcy od zakończenia leczenia stwierdzającym istnienie istotnego ubytku neurologicznego o trwałym charakterze;
59. **stan nietrzeźwości** - stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

ROZDZIAŁ II

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. Zakresem ubezpieczenia, oprócz śmierci Ubezpieczonego, mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego, następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 5) trwałe kalectwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 8) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 9) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 10) poważne zachorowanie małżonka,
 - 11) poważne zachorowanie dziecka,
 - 12) leczenie szpitalne Ubezpieczonego:
 - a. leczenie szpitalne,
 - b. OIOM,
 - c. operacja,
 - d. leczenie sanatoryjne,
 - e. rekonwalescencja,
 - 13) śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego,
 - 14) śmierć dziecka,

- 15) śmierć rodzica,
 - 16) śmierć teścia,
 - 17) urodzenie dziecka,
 - 18) urodzenie martwego dziecka,
 - 19) osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego,
 - 20) niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 21) niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej nie może obejmować jednocześnie:
 - 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wraz z trwałym kalectwem Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) niezdolności do pracy Ubezpieczonego wraz z niezdolnością do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje określony w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ III

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczyciel może wymagać od Ubezpieczającego dołączenia do wniosku dodatkowych dokumentów.

§5

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza polisą.
2. Ubezpieczyciel jest obowiązany, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przedstawić Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy a Ogólnymi Warunkami, wyznaczając mu siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego są nieważne.
3. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
4. W przypadku doręczenia Ubezpieczycielowi sprzeciwu Ubezpieczającego w terminie wskazanym zgodnie z ust. 2 uważa się, że umowa ubezpieczenia nie została zawarta.
5. Z zastrzeżeniem ust. 3, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu doręczenia polisy. W polisie jest wskazana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

§6

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej.

2. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na następny rok, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie w niniejszym trybie.
3. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie umowy na kolejny rok na warunkach odmiennych od dotychczasowych. Jeżeli druga strona przed rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o przyjęciu tych warunków, uważa się, że umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym rocznicę polisy.

ROZDZIAŁ IV

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§7

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci pracownicy Ubezpieczającego zatrudnieni przed, jak i po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która złoży deklarację uczestnictwa, a w w dniu wnioskowanym w deklaracji uczestnictwa jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będzie miała ukończone 14 lat, a nie będzie miała ukończonego 65. roku życia.
3. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową po podjęciu przez Ubezpieczyciela decyzji o przyjęciu do umowy ubezpieczenia, z datą wskazaną na potwierdzeniu ubezpieczenia, pod warunkiem dokonania przez Ubezpieczającego zapłaty pierwszej składki zgodnie z datą wymagalności.
4. Dokumentem stwierdzającym rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej jest potwierdzenie ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela, a przekazywane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Ubezpieczyciel może, przed objęciem osoby ochroną ubezpieczeniową, skierować ją na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
6. Ubezpieczyciel może odmówić przyjęcia danej osoby do ubezpieczenia lub zaproponować jej inne warunki ubezpieczenia.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęta osoba przebywająca na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim lub wychowawczym.

§8

1. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego, udzielanie ochrony ubezpieczeniowej oraz pobieranie składek zostają zawieszane w stosunku do Ubezpieczonych, którzy:
 - 1) odbywają służbę wojskową,
 - 2) pobierają rentę rehabilitacyjną lub czasową,
 - 3) przebywają na urlopie wychowawczym.
2. Zawieszenie rozpoczyna się z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający złożył wniosek o zawieszenie.

3. Zawieszenie ustaje z pierwszym dniem okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po ustaniu przyczyny zawieszenia.
4. Wobec Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych, w stosunku do których zawieszono ochronę ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

§9

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:

1. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
2. z dniem rezygnacji Ubezpieczonego z uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
3. z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
4. po upływie 30 dni od dnia zawieszenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli opłacanie składek ubezpieczeniowych nie zostało wznowione w tym okresie.

§10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany Ubezpieczonych.
2. Zmiana Ubezpieczonych wchodzi w życie z pierwszym dniem okresu rozliczeniowego następującego po okresie, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń dotyczących poszczególnych współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy w tych samych datach, co odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego, w związku z którym zdarzenia ich dotyczące zostały objęte ochroną ubezpieczeniową.

ROZDZIAŁ V

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§11

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od daty otrzymania polisy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia następuje przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia.
3. Odstąpienie oraz wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VI

SUMA UBEZPIECZENIA

§12

Suma ubezpieczenia jest określona w polisie.

ROZDZIAŁ VII

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§13

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki zgodnie z okresem rozliczeniowym oraz w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki kalkulowana jest na podstawie danych dotyczących struktury wieku i płci osób zgłaszanych do ubezpieczenia, rodzajów wykonywanych zawodów oraz liczby Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić pierwszą składkę w terminie 15 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Wszystkie kolejne składki powinny być wpłacane z góry, do ostatniego dnia poprzedniego okresu rozliczeniowego, za każdy następny okres rozliczeniowy lub do daty określonej w umowie ubezpieczenia.
4. Składkę uznaje się za opłaconą, jeżeli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, a wraz z nią, w terminie wymaganym do opłacenia składki, Ubezpieczyciel otrzymał Formularz Rozliczenia Składki zawierający:
 - 1) rozliczenie składek i liczby osób, które mają być objęte ubezpieczeniem,
 - 2) wykaz Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami uczestnictwa oraz innymi wymaganymi dokumentami,
 - 3) wykaz Ubezpieczonych rezygnujących z ubezpieczenia,
 - 4) informację o liczbie pracowników aktualnie zatrudnionych u Ubezpieczającego.
5. Składki opłacone za osobę, która nie jest Ubezpieczonym nie wywołują skutków prawnych w zakresie stosunku ubezpieczenia.
6. Składka nie ulega zmianie, jeżeli okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową jest krótszy niż okres rozliczeniowy.
7. Nadpłacona składka zostaje zaliczona na poczet ochrony w kolejnych okresach rozliczeniowych. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia nadpłacona składka podlega zwrotowi.

§14

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ulega zawieszeniu w przypadku niezapłacenia kolejnej raty składki w wyznaczonym

terminie, pod warunkiem, iż Ubezpieczyciel po upływie tego terminu wezwał Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje zawieszenie odpowiedzialności.

2. W przypadku zapłaty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela ochrona ubezpieczeniowa zostaje wznowiona począwszy od dnia, w którym nastąpiło jej zawieszenie.
3. Brak wznowienia opłacania składki przez Ubezpieczającego przed upływem okresu 30 dni, od początku okresu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, upoważnia Ubezpieczyciela do rozwiązania umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona składka pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego po terminie płatności zaległej składki do zapłaty zaległej składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania pod rygorem rozwiązania umowy.

ROZDZIAŁ VIII

KARENCCJA

§15

1. W okresie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem poniższych okresów karencji:
 - 1) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 2) w przypadku leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 1 miesiąca.
2. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną po upływie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, z zastosowaniem poniższych okresów karencji:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci współubezpieczonego, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 2) w przypadku urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - 3) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 4) w przypadku leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 1 miesiąca.
3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem dwuletniego okresu karencji na wypadek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych.
4. Karencja nie ma zastosowania, jeśli osoba przystępując do ubezpieczenia rezygnuje z obejmowania go inną umo-

wą grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, jednak tylko w odniesieniu do rodzajów zdarzeń, które były objęte odpowiedzialnością w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony rezygnuje i do wysokości wypłacanych z ich tytułu świadczeń.

ROZDZIAŁ IX

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§16

1. Na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony, który był objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela przez co najmniej 12 miesięcy i przestał spełniać warunki do uznania go za związanego z Ubezpieczającym, może zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie wniosku o jej zawarcie nie później niż w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach poprzedniej umowy.

ROZDZIAŁ X

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRZY WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§17

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego i współubezpieczonych, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 2) wojny, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, działań w w ramach wojskowych misji pokojowych w w tym tzw. kontyngentów oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych oraz policyjnych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierci małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 5) trwałego kalectwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 8) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 9) poważnego zachorowania,
 - 10) niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 11) niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jeżeli zdarzenia powyższe nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń określonych w ust. 1 lub powstałych wskutek:
 - a. uprawiania lub udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach rekreacyjnych lub sportowych, za które w szczególności uważa się: sport spadochronowy, wspinaczkę wysokogórską, speleologię, sport balonowy, nurkowanie, skoki na linie, sporty lotnicze i paralotnicze,
 - b. udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w charakterze uczestnika w wyścigach, rajdach lub pokazach pojazdów lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - c. wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - d. działania lub zaniechania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających lub narkotyków,
 - e. choroby AIDS Ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub zakażenia wirusem HIV i pochodnymi (nie dotyczy poważnych zachorowań Ubezpieczonego i małżonka określonych w §33 i §34),
 - f. umyślnego samouszkodzenia,
 - g. choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
 - h. obrażeń ciała Ubezpieczonego lub współubezpieczonego doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - i. prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu lub pojazdu nie posiadającego aktualnego badania technicznego i innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu albo po zażyciu leków wykluczających w okresie ich działania prowadzenie pojazdów,
 - j. chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczonego lub współubezpieczonego oraz ich następstw; po upływie 2 lat od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych i ich następstw).
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeżeli leczenie szpitalne nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń wymienionych w ust. 1 lub 2 albo wskutek:
 - 1) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji leczenia oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) ciąży (z wyjątkiem pobytu na oddziale patologii ciąży), usuwania ciąży (z wyjątkiem gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety), porodu (z wyjątkiem porodu patologicznego), położu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie położu),
 - 3) leczenia i zabiegów dentystycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 4) badań rutynowych i kontrolnych,
 - 5) wad wrodzonych i ich następstw,
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie.

ROZDZIAŁ XI

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§18

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ XII

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§19

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

§20

1. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia uznanego za śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostaje pomniejszona o wypłacone wcześniej świadczenie w związku z:
 - 1) trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 2) trwałym kalectwem Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub
 - 3) niezdolnością do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku.
2. Łączna wysokość świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zdarzenia śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego kalectwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wysokości świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XIII

ŚMIERĆ WSPÓLUBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§21

1. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć małżonka lub partnera nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

§22

1. Z tytułu śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli dziecko nie przekroczyło 25 roku życia, a śmierć dziecka nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

ROZDZIAŁ XIV

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

§23

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.
3. Zdarzenie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem równoczesnego lub wcześniejszego objęcia ochroną przez Ubezpieczyciela śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XV

ŚMIERĆ WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§24

Z tytułu śmierci małżonka lub partnera Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§25

Z tytułu śmierci dziecka, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 25 roku życia.

§26

1. Z tytułu śmierci rodzica, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu śmierci teścia, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje śmierć teścia również po śmierci małżonka Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczony nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego.

ROZDZIAŁ XVI

**TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****§27**

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, który wystąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu.
2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony w oparciu o Tabelę Procentowej Oceny Stałego lub Długotrwałego Uszczerbku na Zdrowiu przez komisję lekarską, powołaną przez Ubezpieczyciela, orzekającą na podstawie procedur przyjętych przez Ubezpieczyciela. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
3. Orzeczenia komisji lekarskiej mogą być weryfikowane przez Głównego Lekarza Konsultanta SIGNAL IDUNA Życie TU SA.
4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i i rehabilitacji.

§28

1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nie leczony, trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się po sześciu miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli trwałym uszczerbkiem dotknięty został organ, narząd lub układ, których funkcje wcześniej już były upośledzone, procent trwałego uszczerbku określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem, a stanem po nieszczęśliwym wypadku.
3. Z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku może zostać orzeczone maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ROZDZIAŁ XVII

**TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****§29**

1. Z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić Ubezpieczonemu określony w Tabeli Trwałego Kalectwa procent świadczenia ustalonego w umowie ubezpieczenia.
2. Za trwałe kalectwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rozumie się:
 - 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad poszczególnymi narządami: kończyną

górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego a poniżej stawu barkowego, poniżej stawu łokciowego a powyżej nadgarstka, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego, poniżej stawu kolanowego a powyżej środkowej części podudzia, poniżej środkowej części podudzia a powyżej stopy, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),

- 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
- 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub wężu.

3. Tabela Trwałego Kalectwa obejmuje następujące rodzaje uszkodzeń ciała:

Całkowita utrata:	Procent świadczenia sumy ubezpieczenia
1. Wzroku w obu oczach	100%
2. Wzroku w jednym oku	30%
3. Słuchu w obu uszach	60%
4. Słuchu w jednym uchu	15%
5. Wężu	10%

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent świadczenia sumy ubezpieczenia
6. Kończyną górną - w stawie barkowym	70%
7. Kończyną górną - powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65%
8. Kończyną górną - poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60%
9. Kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
10. Kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
11. Kończyną dolną - poniżej środkowej części uda, a powyżej stawu kolanowego	60%
12. Kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części podudzia	50%
13. Kończyną dolną - poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45%
14. Kończyną dolną - stopą	40%
15. Kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%

Całkowita utrata:	Procent świadczenia sumy ubezpieczenia
16. Kciuka	20%
17. Palca wskazującego	10%
18. Innego palca u ręki	5%
19. Palucha	5%
20. Innego palca u stopy	2%

4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu wszystkich zdarzeń trwałego kalectwa powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć 100% świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli trwałym kalectwem dotknięty został narząd lub układ, za który wcześniej zostało wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę uprzednio wypłaconą.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli trwałe kalectwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi przed upływem sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XVIII**NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****§30**

1. Z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy niezdolność do pracy, w związku z którą Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia wynika z fizycznej utraty lub utraty władzy nad narządem Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu trwałego kalectwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę wypłaconą tytułem trwałego kalectwa lub tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa albo trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w wysokości największej z kwot.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi przed upływem sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XIX**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU
MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU****§31**

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zdarzenia w postaci zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które wystąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej wystąpienie tych zdarzeń, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 30 dni od daty zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

ROZDZIAŁ XX**TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU
UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA
SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU****§32**

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zdarzenia w postaci zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które wystąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej wystąpienie tych zdarzeń, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu.
2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony w oparciu o Tabelę Procentowej Oceny Stałego lub Długotrwałego Uszczerbku na Zdrowiu, przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela i orzekającą na podstawie procedur przyjętych przez Ubezpieczyciela. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i i rehabilitacji.
4. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nie leczony trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się po sześciu miesiącach od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
6. Jeżeli trwałym uszczerbkiem dotknięty został organ, narząd lub układ, których funkcje wcześniej już były upośledzone, procent trwałego uszczerbku określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed zdarzeniem, a a stanem po zdarzeniu.
7. Z tytułu jednego zdarzenia uznanego za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może zostać wypłacone maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
8. Zdarzenie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem równoczesnego lub wcześniejszego objęcia ochroną przez Ubezpieczyciela śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

ROZDZIAŁ XXI

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§33

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego może być udzielana w ramach jednego z dwóch katalogów poważnych zachorowań: katalogu podstawowego lub katalogu rozszerzonego.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wchodzących w skład wybranego katalogu poważnych zachorowań.
Katalog podstawowy obejmuje następujące rodzaje poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór,
 - 2) zawał serca,
 - 3) udar mózgu,
 - 4) niewydolność nerek,
 - 5) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - 6) przeszczep narządu,
 - 7) utrata wzroku,
 - 8) utrata mowy,
 - 9) ciężkie oparzenie,
 - 10) zakażenie wirusem HIV.
 Katalog rozszerzony obejmuje dodatkowo:
 - 11) paraliż,
 - 12) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - 13) operacja zastawek serca,
 - 14) chirurgiczne leczenie aorty,
 - 15) choroby tropikalne,
 - 16) śpiączka,
 - 17) piorunujące zapalenie wątroby,
 - 18) przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
 - 19) anemia plastyczna,
 - 20) choroba Alzheimera.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia, zostaje ograniczona do następujących rodzajów zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek i ciężkie oparzenie.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
6. Wypłata Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu:
 - a. piorunującego zapalenia wątroby wyklucza wypłatę świadczenia z tytułu przeszczepu wątroby,
 - b. udaru mózgu wyklucza wypłatę świadczenia z tytułu paraliżu.
7. Następujące poważne zachorowania traktowane są jako jedno zachorowanie:
 - a. przewlekłe zapalenie wątroby typ B i i przewlekłe zapalenie wątroby typ C,

- b. przeszczep narządu (serce, wątroba, trzustka, nerki, szpik kostny) lub (serce, wątroba, trzustka, płuca, szpik kostny).

Oznacza to, iż wypłata świadczenia z tytułu jakiegokolwiek zachorowania określonego w pkt. 16a wyklucza wypłatę świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony dozna kolejnego z poważnych zachorowań określonych w pkt. 16b. Przeszczep jakiegokolwiek narządu wymienionego w pkt. 16b wyklucza wypłatę świadczenia w przypadku kolejnego przeszczepu narządów.

ROZDZIAŁ XXII

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA

§34

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli małżonek będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
2. Ochrona ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego może być udzielana w ramach jednego z dwóch katalogów poważnych zachorowań: katalogu podstawowego lub katalogu rozszerzonego.
3. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u małżonka Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wchodzących w skład wybranego katalogu poważnych zachorowań.
Katalog podstawowy obejmuje następujące rodzaje poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór,
 - 2) zawał serca,
 - 3) udar mózgu,
 - 4) niewydolność nerek,
 - 5) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - 6) przeszczep narządu,
 - 7) utrata wzroku,
 - 8) utrata mowy,
 - 9) ciężkie oparzenie,
 - 10) zakażenie wirusem HIV.
 Katalog rozszerzony obejmuje dodatkowo:
 - 11) paraliż,
 - 12) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - 13) operacja zastawek serca,
 - 14) chirurgiczne leczenie aorty,
 - 15) choroby tropikalne,
 - 16) śpiączka,
 - 17) piorunujące zapalenie wątroby,
 - 18) przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
 - 19) anemia plastyczna,
 - 20) choroba Alzheimera.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli małżonek będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.

5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego w dniu, w którym małżonek kończy 65 rok życia, zostaje ograniczona do następujących rodzajów zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek i ciężkie oparzenie.
6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
7. Wypłata Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu:
 - a. piorunującego zapalenia wątroby wyklucza wypłatę świadczenia z tytułu przeszczepu wątroby,
 - b. udaru mózgu wyklucza wypłatę świadczenia z tytułu paraliżu.
8. Następujące poważne zachorowania traktowane są jako jedno zachorowanie:
 - a. przewlekłe zapalenie wątroby typ B i i przewlekłe zapalenie wątroby typ C,
 - b. przeszczep narządu (serce, wątroba, trzustka, nerki, szpik kostny) lub (serce, wątroba, trzustka, płuca, szpik kostny)

Oznacza to, iż wypłata świadczenia z tytułu jakiegokolwiek zachorowania określonego w pkt. 8a wyklucza wypłatę świadczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony dozna kolejnego z poważnych zachorowań określonych w pkt. 8b. Przeszczep jakiegokolwiek narządu wymienionego w pkt. 8b wyklucza wypłatę świadczenia w przypadku kolejnego przeszczepu narządów.

ROZDZIAŁ XXIII

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

§35

1. Ochrona ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego może być udzielana w ramach jednego z dwóch katalogów poważnych zachorowań: katalogu podstawowego lub katalogu rozszerzonego.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 1 a nie ukończyło 18 roku życia, przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wchodzących w skład wybranego katalogu poważnych zachorowań.
Katalog podstawowy obejmuje następujące rodzaje poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór,
 - 2) niewydolność nerek,
 - 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - 4) przeszczep narządu,
 - 5) utrata wzroku,
 - 6) utrata mowy,
 - 7) ciężkie oparzenie,
 oraz
 - 8) niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią

i w wodobrzuszu, trwająca co najmniej sześć miesięcy,

- 9) cukrzyca - cukrzyca nabyta insulinowo zależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej trzy miesiące,
 - 10) śpiączka - stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych, trwający co najmniej 96 godzin oraz pozostawiający trwale ubytki neurologiczne.
- Katalog rozszerzony obejmuje dodatkowo:
- 11) paraliż,
 - 12) zapalenie mózgu,
 - 13) dystrofia mięśniowa,
 - 14) łagodny guz mózgu,
 - 15) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli dziecko będzie pozostawało przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
 4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.

ROZDZIAŁ XXIV

URODZENIE DZIECKA

§36

1. Z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku zostanie wypłacone, jeżeli dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

ROZDZIAŁ XXV

URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

§37

1. Z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie zostanie zarejestrowane jako urodzenie martwego dziecka, a w akcie urodzenia Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

ROZDZIAŁ XXVI**OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ŚMIERCI
UBEZPIECZONEGO****§38**

1. Z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia każdemu z dzieci Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego należne jest każdemu dziecku, które w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ukończyło 25 roku życia.

ROZDZIAŁ XXVII**LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO****§39**

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, skutkujących w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zastosowaniem leczenia szpitalnego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego jest należne, jeżeli leczenie szpitalne rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i trwało nieprzerwanie cztery kolejne dni w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub dwa kolejne dni w przypadku leczenia obrażeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego jest wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego może być rozszerzona o następujące świadczenia dodatkowe:
 - 1) OIOM - Ubezpieczyciel wypłaca określone w umowie ubezpieczenia świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego na OIOM. Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 16 dni pobytu na OIOM, o ile Ubezpieczony od pierwszego dnia leczenia szpitalnego przebywa na OIOM,
 - 2) operacja chirurgiczna - Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu określone w umowie ubezpieczenia świadczenie w przypadku wykonania u Ubezpieczonego jakiegokolwiek operacji chirurgicznej w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem uprawnienia do otrzymania świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego. Świadczenie z tytułu wykonania operacji chirurgicznej może być wypłacone tylko za jedną operację w związku z jednym pobytem w szpitalu.

- 3) sanatorium - Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tylko jeden raz pomiędzy kolejnymi rocznicami polis. Za datę zdarzenia przyjmuje się datę potwierdzenia skierowania przez NFZ,
- 4) rekonwalescencja - Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia w przypadku leczenia szpitalnego trwającego co najmniej przez okres 16 kolejnych dni, pod warunkiem uprawnienia do otrzymania świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
5. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego pomiędzy kolejnymi rocznicami polis.
6. Na wniosek Ubezpieczonego w trakcie leczenia szpitalnego może nastąpić częściowa wypłata świadczenia po 30 dniach leczenia szpitalnego, pod warunkiem udokumentowania leczenia zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela.
7. W dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego zostaje ograniczona do leczenia szpitalnego w celu leczenia doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XXVIII**NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO****§40**

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do pracy Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
3. W dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostaje ograniczona do niezdolności będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XXIX**WYPŁATA ŚWIADCZEŃ****§41**

1. W razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca należne świadczenie uposażonemu.
2. Ubezpieczony może wskazać uposażonego w deklaracji uczestnictwa.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić uposażonego.

§42

W przypadku śmierci jednego lub kilku uposażonych, przypadający im udział powiększa udział w świadczeniu pozostałym uposażonym w proporcji do ich udziałów.

§43

W przypadku, gdy nie została określona proporcja podziału świadczenia lub suma wskazań procentowych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że uposażeni mają równy udział w świadczeniu.

§44

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

1. małżonek - w całości,
2. dzieci - w równych częściach,
3. rodzice - w równych częściach,
4. inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego - w równych częściach.

§45

Nie ma prawa do świadczenia osoba, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

§46

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

1. wniosek o wypłatę świadczenia złożony na formularzu Ubezpieczyciela,
2. potwierdzenie ubezpieczenia,
3. skrócony odpis aktu zgonu (lub potwierdzona kopia) Ubezpieczonego lub współubezpieczonego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu śmierci, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, małżonka czy dziecka Ubezpieczonego,
4. karta zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego lub współubezpieczonego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu śmierci,
5. kompletna dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku i leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
6. kompletna dokumentacja dotycząca leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu poważnego zachorowania,
7. karta pobytu w szpitalu potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (zawierającą informację o pobycie na OIOM oraz przebytych operacjach) w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,
8. skierowanie do sanatorium zatwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawierające datę zatwierdzenia,

9. dokument tożsamości osoby występującej z roszczeniem o wypłatę świadczenia,
10. inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

§47

1. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki tych badań. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
2. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 1, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, stanowią podstawę do podjęcia decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

§48

W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu oraz śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednoznacznie, które ze zdarzeń jest bezpośrednią przyczyną śmierci albo odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci tytułem tego zdarzenia jedno, wyższe ze świadczeń.

§49

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel poinformuje wnioskującego o świadczenie w terminie siedmiu dni o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów, które winien załączyć, niezbędnych do rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia w terminie 30 dni od daty jego otrzymania.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w ust. 2, wnioskujący zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn. Świadczenie zostanie wówczas spełnione w w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie, o którym mowa w ust. 2.
4. Jeżeli świadczenie z tytułu złożonego wniosku nie przysługuje, lub przysługuje w innej wysokości niż wynikałoby to z zawartej umowy ubezpieczenia lub złożonego wniosku, Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie o tym fakcie Ubezpieczonego lub uprawnionego, wskazując na podstawę prawną.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wyniku własnych ustaleń dokonywanych w postępowaniu wyjaśniającym.

§50

W przypadku nieopłacenia składki w należytym wysokości, wysokość świadczenia wypłacanego przez Ubezpieczyciela ulega obniżeniu o wysokość nieopłaconej składki.

§51

Świadczenia wypłacane są na rachunek bankowy osób uprawnionych do ich otrzymania lub w inny, uzgodniony z nimi, sposób.

ROZDZIAŁ XXX**SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ,
SKARG I WNIOSKÓW****§52**

1. Od merytorycznej decyzji Ubezpieczyciela w sprawie wysokości przyznanego świadczenia lub odmowy przyznania świadczenia, uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.
3. Nadto Ubezpieczający, Ubezpieczony, współubezpieczony i uprawniony, w innych sprawach niż opisane w ust. 1, mogą zgłaszać do Ubezpieczyciela skargi i zażalenia.
4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.

ROZDZIAŁ XXXI**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§53**

1. Opodatkowanie świadczeń jest uregulowane przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od

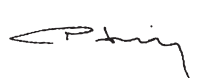
osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.).

2. Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Ogólnych Warunkach.
3. Spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej lub dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Pismo Ubezpieczyciela, skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, uważa się za doręczone po upływie 30 dni od daty wysłania, nawet, jeżeli nie dotarło do adresata. Jeżeli Ubezpieczyciel zmienił adres lub siedzibę i nie zawiadomił o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych, przyjmuje się, że Ubezpieczający i Ubezpieczeni dopełnili swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany im adres siedziby Ubezpieczyciela.

§54

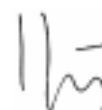
Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone dnia 13 lutego 2008 r. Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 2/Z/2008 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po dniu 1 marca 2008 r.

Prezes Zarządu



Alojzy Choda

Wiceprezes Zarządu



Leszek Gierada

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa, tel. (0 22) 505 61 00
e-mail: info@signal-iduna.pl, www.signal-iduna.pl