

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Dobrze wiedzieć, że jest SIGNAL IDUNA.

**Ogólne Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia
na Życie
MULTIOCHRONA
2002**

SKOROWIDZ

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”
zatwierdzonych Uchwałą Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15 października 2002 r.

Najważniejsze informacje dotyczące ubezpieczenia

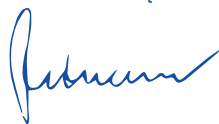
Szanowny Kliencie,

poniżej przedstawiamy najważniejsze informacje zawarte w **Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”**

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 2; § 3; § 9; § 21; § 22; § 24; § 25; § 26; § 27; § 28; § 29; § 30; § 32; § 33; § 34; § 35; § 36; § 37; § 38; § 39; § 40; § 41; § 42; § 43;
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2; § 3; § 9; § 18; § 20; § 22; § 23; § 24; § 25; § 27; § 30; § 31; § 33; § 34; § 35; § 36; § 37; § 38; § 39; § 40; § 41; § 42; § 43;

Niniejszy Skorowidz został zatwierdzony Uchwałą Nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 28 grudnia 2015 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kietbasińska

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”



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) **Ubezpieczony** - pracownik, którego życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia,
- 3) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek,
- 4) **pracownik** - osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą prawną, w tym kontraktu menedżerskiego, a także członek/wspólnik jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym,
- 5) **współubezpieczony** - małżonek, rodzic, teść, dziecko Ubezpieczonego,
- 6) **uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego,
- 7) **polisa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy

ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym,

- 8) **rocznica polisy** - rocznica daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej,
- 9) **ochrona ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń określonych w umowie ubezpieczenia,
- 10) **składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 11) **okres rozliczeniowy** - okres wskazany w umowie ubezpieczenia, za który opłacana jest składka; może być to miesiąc, kwartał, pół roku lub rok,
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego albo współubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy współubezpieczonego, które zaszło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem następstwa nieszczęśliwego wypadku,
- 13) **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
- 14) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, na skutek którego: Ubezpieczony był poszkodowany w wyniku wypadku lub katastrofy pojazdu drogowego; Ubezpieczony był pasażerem pojazdu szynowego, wodnego lub powietrznego, który uległ wypadkowi lub katastrofie, które zaszło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem następstwa wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 15) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków,
- 16) **akt przemocy** - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala 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,

- 17) **akt terroru** - dokonanie lub groźba, lub usiłowanie dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo pozbawieniu wolności, bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub przedmiotów lub narzędzi, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu,
- 18) **małżonek** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia pozostawała w związku małżeńskim z Ubezpieczonym,
- 19) **rodzic** - naturalny ojciec lub naturalna matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego lub ojczym lub macocha, jeżeli nie żyje ojciec lub matka,
- 20) **teść** - naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka Ubezpieczonego lub ojczym lub macocha małżonka Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka,
- 21) **suma ubezpieczenia** - kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia,
- 22) **świadczenie** - suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 23) **trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy** - określone w niniejszych Ogólnych Warunkach zdarzenie dotyczące całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad określonym narządem Ubezpieczonego, będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku,
- 24) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - trwałe naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego będące wynikiem zdarzeń określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach, powodujące upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego,
- 25) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych Ogólnych Warunkach zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela; zdarzenia muszą być udokumentowane wymaganą przez Ubezpieczyciela dokumentacją medyczną,
- 26) **nowotwór** - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczących zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (nie podlega wyłączeniu czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- 27) **zawał serca** - pełnościenna martwica części mięśnia sercowego (myocardium) w następstwie zamknięcia tętnicy wieńcowej; rozpoznanie musi być potwierdzone stwierdzeniem w wywiadzie typowego długotrwałego bólu w klatce piersiowej, ujawnieniem nowych zmian w zapisie elektrokardiograficznym i zwiększeniem aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej serca powyżej standardowych wartości prawidłowych,
- 28) **udar mózgu** - wystąpienie naczyniopochodnego incydentu mózgowego, który wywołał trwałe następstwa i objawy neurologiczne, obejmujące zwał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materiałem pochodzącym spoza czaszki; zdarzenie musi zostać potwierdzone dowodami na utrwalone ubytki neurologiczne,
- 29) **niewydolność nerek** - końcowe 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,
- 30) **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - wykonanie operacyjnego zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w procesie leczenia choroby naczyń wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych,
- 31) **przeszczep narządu** - przeszczepienie osobie objętej ochroną ubezpieczeniową jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca, wątroby, trzustki, płuc oraz szpiku kostnego,
- 32) **utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku, z brakiem możliwości korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; utrata wzroku musi trwać nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy,
- 33) **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,
- 34) **ciężkie oparzenie** - głębokie 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,
- 35) **zakażenie wirusem HIV** - zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, co charakteryzuje się występowaniem przetrwałych lub nawracających zakażeń,
- 36) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji i opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Za szpital nie uznaje się: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków

leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,

- 37) **oddział intensywnej opieki medycznej (OIOM)** - wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, 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,
- 38) **operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, wykonywany przez zespół lekarzy w warunkach szpitalnych (w ramach bloku operacyjnego), w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; z zakresu ochrony wyłącza się wszelkie zabiegi wykonywane w celach diagnostycznych oraz przy zastosowaniu metod endoskopowych,
- 39) **karencja** - wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela występujące w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach; okres karencji liczony jest począwszy od dnia objęcia Ubezpieczonego lub współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 40) **szkoła** - szkoła w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (tekst jednolity Dz.U. z 1996r. Nr 67 poz. 329 z późniejszymi zmianami),
- 41) **ubezpieczenie społeczne** - publiczna ochrona ubezpieczeniowa realizowana w szczególności przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 42) **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 wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być także zdrowie Ubezpieczonego oraz życie i zdrowie współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu Ubezpieczonego. Dodatkowo zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego, następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgon małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu

lądowym, wodnym lub powietrznym,

- 4) trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 7) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 8) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 9) poważne zachorowanie małżonka,
 - 10) poważne zachorowanie dziecka,
 - 11) leczenie szpitalne Ubezpieczonego:
 - a) w zakresie podstawowym,
 - b) w zakresie rozszerzonym,
 - 12) zgon małżonka,
 - 13) zgon dziecka,
 - 14) zgon rodzica,
 - 15) zgon teścia,
 - 16) urodzenie dziecka,
 - 17) urodzenie martwego noworodka,
 - 18) osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego,
 - 19) niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie może być objęte ochroną ubezpieczeniową jednocześnie z żadnym z następujących zdarzeń:
- 1) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje ustalony w umowie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego oraz deklaracji uczestnictwa podpisanej przez Ubezpieczonego, skierowanych do Ubezpieczyciela na formularzach Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel może wymagać od Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego dołączenia do wniosku oraz deklaracji uczestnictwa dodatkowych dokumentów.
3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie przedłoży kompletu dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia na 7 dni przed wnioskowaną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia dokumentów, w dodatkowym terminie, pod rygorem przesunięcia daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub nie dojścia

do skutku umowy ubezpieczenia.

§5

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza polisą.
2. Jeżeli polisa ubezpieczeniowa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty lub od niniejszych Ogólnych Warunków, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy ubezpieczeniowej, wyznaczając mu co najmniej 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. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym na polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

§6

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

§7

Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystąpi:

- 1) w zakładach pracy zatrudniających od 3 do 20 pracowników - minimum 75% ogółu pracowników, nie mniej jednak niż 3 osoby,
- 2) w zakładach pracy zatrudniających ponad 20 pracowników - minimum 50% ogółu pracowników, nie mniej jednak niż 15 osób.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§8

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci pracownicy Ubezpieczającego zatrudnieni przed, jak i po dacie

zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty pracownik, który w dniu wnioskowanym w deklaracji uczestnictwa jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będzie miał ukończone 14 lat, a nie będzie miał ukończonego 65 roku życia.
3. Pracownik zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową (przystępuje do ubezpieczenia) po podjęciu przez Ubezpieczyciela decyzji o przyjęciu pracownika do umowy ubezpieczenia, z datą wskazaną na potwierdzeniu ubezpieczenia, pod warunkiem dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty na poczet pierwszej składki, zgodnie z datą wymagalności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty pracownik, który w dacie składania deklaracji uczestnictwa przebywa na zwolnieniu lekarskim.
5. Dokumentem stwierdzającym rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do pracownika jest potwierdzenie ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela, a przekazywane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczyciel może, przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczyciel może odmówić objęcia pracownika ochroną ubezpieczeniową lub zaproponować warunki odmienne od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.

§9

1. Ochroną ubezpieczeniową, na warunkach i w trybie identycznych jak w odniesieniu do Ubezpieczonego, może zostać objęty także małżonek Ubezpieczonego, który pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel podjął decyzję o akceptacji deklaracji uczestnictwa, będzie miał ukończone 18 lat, a nie będzie miał ukończonego 60 roku życia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do małżonka Ubezpieczonego kończy się z datą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego lub z datą ustania związku małżeńskiego z Ubezpieczonym.
3. Małżonkowi Ubezpieczonego nie przysługuje prawo zawarcia Umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
4. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową małżonka Ubezpieczonego jest aby po przystąpieniu danego małżonka Ubezpieczonego do ubezpieczenia odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objętych było nie mniej niż 10 małżonków Ubezpieczonych.
5. W okresie pierwszych sześciu miesięcy od przystąpienia do ubezpieczenia małżonek jest objęty ochroną ubezpieczeniową jedynie z tytułu zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwych wypadków. Zdarzenia dotyczące urodzenia dziecka oraz urodzenia martwego noworodka objęte są karencją przez okres 10 miesięcy począwszy od dnia

przystąpienia danego małżonka Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.

§10

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, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa za Ubezpieczonego.
3. Zawieszenie obowiązuje do pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, następującego bezpośrednio po ustaniu przyczyny zawieszenia, za który zostanie opłacona składka ubezpieczeniowa.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe wobec danego Ubezpieczonego i współubezpieczonych w okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego.

§11

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:
 - 1) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa - w związku z utratą statusu pracownika Ubezpieczającego lub rezygnacją z ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 4) po upływie zawieszenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli opłacanie składek ubezpieczeniowych nie zostało wznowione od okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po ustaniu przyczyny zawieszenia odpowiedzialności.

§12

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rezygnacji z ubezpieczenia z zachowaniem 30 dniowego okresu rezygnacji liczonego od końca okresu rozliczeniowego, poprzez złożenie Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.
2. Rezygnacja Ubezpieczonego z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA.

§ 13

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od końca okresu rozliczeniowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni (dla osób fizycznych) i 7 dni (dla osób prawnych) od daty otrzymania polisy, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
3. Odstąpienie oraz wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§14

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia i może być wyrażona w następujący sposób:
 - 1) kwotowo w jednakowej wysokości,
 - 2) jako wielokrotność średniego, miesięcznego wynagrodzenia brutto wypłaconego Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego w roku poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, w jednakowej wielokrotności dla wszystkich Ubezpieczonych.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
3. Suma ubezpieczenia wyrażana jako wielokrotność wynagrodzenia, zgodnie z ust. 1 pkt. 2 może być aktualizowana w każdą rocznicę polisy.

§15

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji zaproponowany przez Ubezpieczyciela. Indeksacja sumy ubezpieczenia oznacza wzrost składki ubezpieczeniowej.
2. Wskaźnik indeksacji będzie ustalany jako średnioroczny wskaźnik inflacji powiększony lub pomniejszony o nie więcej niż jeden punkt procentowy w stosunku do wskaźnika inflacji.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§16

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający

- zobowiązany jest do opłacania składki zgodnie z okresem rozliczeniowym oraz w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
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 oraz Ubezpieczyciel otrzymał:
 - 1) rozliczenie składek i liczby osób, które mają być objęte ubezpieczeniem,
 - 2) wykaz pracowników przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami uczestnictwa oraz innymi wymaganymi dokumentami,
 - 3) wykaz pracowników występujących z ubezpieczenia wraz z informacją o przyczynie zakończenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej.
 5. Składki opłacone za osobę, która nie jest pracownikiem Ubezpieczającego nie wywołują skutków prawnych w zakresie stosunku ubezpieczenia i podlegają zwrotowi.

§17

1. W przypadku nieopłacenia składki w okresie 30 dni od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który jest ona należna, Ubezpieczyciel od pierwszego dnia tego okresu rozliczeniowego zawiesza obowiązywanie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Brak wznowienia opłacania składki przez Ubezpieczającego przed upłynięciem okresu 90 dni, od początku okresu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie wymaga opłacenia składek za okres zawieszenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

KARENcja

§18

1. Ubezpieczyciel obejmuje Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową bez stosowania okresu karencji, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, jeżeli doręczy on Ubezpieczycielowi deklarację uczestnictwa w okresie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego. W przeciwnym przypadku karencja stosowana jest w odniesieniu do zdarzeń:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,

- 2) urodzenia dziecka, urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - 3) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 4) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 30 dni.
2. Karencja, w zakresie określonym w ust. 1 pkt. 3) i 4) ma zastosowanie w stosunku do zdarzeń poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka oraz leczenia szpitalnego Ubezpieczonego bez względu na datę złożenia przez Ubezpieczonego lub małżonka deklaracji uczestnictwa.
 3. Karencja nie ma zastosowania jeśli pracownik, przystępując do ubezpieczenia rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, jednak tylko w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń i wypłacanych z ich tytułu wysokości świadczeń, które były objęte odpowiedzialnością w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony rezygnuje.
 4. Okres karencji liczony jest od dnia przystąpienia przez Ubezpieczonego lub małżonka do ubezpieczenia.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, wobec których obowiązuje karencja, powstałych w okresie karencji.

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA

§19

1. Na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu, który był objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela przez co najmniej 12 miesięcy, przysługuje prawo do zawarcia Umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, pod warunkiem złożenia wniosku o kontynuację w terminie 90 dni od daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli Ubezpieczony przystępując do umowy ubezpieczenia grupowego zrezygnował z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, ma prawo zawrzeć Umowę Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie bez względu na czas pozostawania pod ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRZY WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§20

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych,
 - 2) osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego,

jeżeli zdarzenie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w okresie pierwszych dwóch lat od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w aktach przemocy lub terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 3) wojny, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu:
- 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 4) trwałego kalectwa i trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 8) poważnego zachorowania,
 - 9) niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- jeżeli zdarzenia powyższe nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń wymienionych w ust. 1 oraz:
- 1) uprawiania przez Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) lub udziału Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w następujących zajęciach rekreacyjnych lub sportowych: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze i paralotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w charakterze uczestnika w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony (lub współubezpieczony) nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) działania lub zaniechania Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających lub narkotyków,
 - 5) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zaleconego przez lekarza użycia leków przez Ubezpieczonego,
 - 6) chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem Ubezpieczonego (lub współubezpieczo-

nego) do ubezpieczenia; po upływie 2 lat od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem (za wyjątkiem wad wrodzonych i ich następstw),

- 7) choroby AIDS Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) lub zakażenia wirusem HIV i pochodnymi - nie dotyczy poważnych zachorowań Ubezpieczonego i małżonka określonych w §§ 36 i 37.
 - 8) umyślnego samouszkodzenia,
 - 9) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego),
 - 10) obrażeń ciała Ubezpieczonego (lub współubezpieczonego) doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 11) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu lub po zażyciu leków wykluczających w okresie działania prowadzenie pojazdów.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń wymienionych w ust. 1 i 2 oraz:
- 1) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji leczenia oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 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 dentystrycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 4) badań rutynowych i kontrolnych,
 - 5) hospitalizacji nie zaleconej przez lekarza,
 - 6) wad wrodzonych i ich następstw,
 - 7) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie.

ZGON UBEZPIECZONEGO

§21

Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§22

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.

§23

1. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia uznanego za zgon 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 lub trwałą całkowitą 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 zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego kalectwa lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wysokości świadczenia należnego z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ZGON MAŁŻONKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§24

1. Z tytułu zgonu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku jeśli zgon małżonka nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.

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

§25

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Zdarzenie zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem równoczesnego lub wcześniejszego objęcia ochroną przez Ubezpieczyciela zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ZGON WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§26

Z tytułu zgonu małżonka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§27

Z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka pasierba):

- 1) w wieku do 18 lat,
- 2) w wieku do 25 lat - w razie uczęszczania do szkoły,
- 3) bez względu na wiek - jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do jakiejkolwiek pracy, a niezdolność do pracy została orzeczona z tytułu ubezpieczenia społecznego, gdy dziecko było niepełnoletnie lub gdy nie miało ukończonego 25 roku życia, pod warunkiem uczęszczania do szkoły

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§28

Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§29

Z tytułu zgonu teścia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§30

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego 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 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 rehabilitacji, nie później niż w ciągu dwóch lat i nie wcześniej niż trzech miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§31

1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nieleczony 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 wypadkiem, a stanem po wypadku.
3. Z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku może zostać orzeczone maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

TRWAŁE KALECTWO LUB TRWAŁA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§32

1. Z tytułu trwałego kalectwa lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w §33 świadczenia.
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 węchu.

3. Za trwałą całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku uważa się niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie przez okres co najmniej dwunastu miesięcy.

§33

1. Z tytułu trwałego kalectwa lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia w przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) określony w tabeli procent sumy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony doznał trwałego kalectwa.
2. Z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za następujące rodzaje uszkodzeń ciała w wysokości:

Całkowita utrata:	Procent 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. Węchu	10%

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent 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 fizyczna utrata:	Procent sumy ubezpieczenia
16. Kciuka	20%
17. Palca wskazującego	10%
18. Innego palca u ręki	5%
19. Palucha	5%
20. Innego palca u stopy	2%

- Suma świadczeń wypłaconych z tytułu wszystkich zdarzeń trwałego kalectwa powstałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia. Z dniem wypłaty świadczeń z tytułu trwałego kalectwa o łącznej wartości równej co najmniej 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec danego Ubezpieczonego z tytułu trwałego kalectwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku, gdy trwała całkowita niezdolność do pracy, w związku z którą Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia, wynika z utraty lub utraty władzy nad narządem Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę wypłaconą tytułem trwałego kalectwa.
- Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie - w wysokości większej z kwot.
- Jeżeli trwałym kalectwem dotknięty został narząd lub układ, za który wcześniej zostało wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę uprzednio wypłaconą.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeżeli trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi przed upływem sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§34

- Z tytułu zgonu 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, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 30 dni od daty zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§35

- 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 określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu.
- Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela i orzekającą na podstawie procedur przyjętych przez Ubezpieczyciela. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
- Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później niż w ciągu dwóch lat i nie wcześniej niż trzech miesięcy od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.
- 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.
- W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, za każde ze zdarzeń (zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu) świadczenie może być wypłacone tylko raz.
- 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 stanem po zdarzeniu.
- 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.
- 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 zgonu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony

kończy 60 rok życia.

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§36

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z wymienionych poniżej poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem Ubezpieczonego:
 - 1) nowotwór,
 - 2) zawał serca,
 - 3) udar,
 - 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.Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.
2. Pracownik może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia przewidującej wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, nie przekroczy on 50 roku życia. Ograniczenia tego nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu pracownikowi obejmował ryzyko wystąpienia poważnych zachorowań.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia, zostaje ograniczona do następujących 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 zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił w wyniku poważnego zachorowania, zostaje pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania. Łączna suma świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku poważnego zachorowania oraz wystąpienia u Ubezpieczonego tego samego poważnego zachorowania jest ograniczona do wysokości kwoty należnej z tytułu zgonu w wyniku poważnego zachorowania.

6. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia może być tylko raz wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania.

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA

§37

1. Z tytułu wystąpienia u małżonka przynajmniej jednego z wymienionych poniżej poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem małżonka:
 - 1) nowotwór,
 - 2) zawał serca,
 - 3) udar,
 - 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.Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli małżonek będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
3. Małżonek może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia przewidującej wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania małżonka, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa lub wejdzie w związek małżeński z Ubezpieczonym nie przekroczy on 50 roku życia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka, zostaje ograniczona do następujących zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek i ciężkie oparzenie, w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym małżonek kończy 60 rok życia.
5. Świadczenie z tytułu zgonu małżonka, jeżeli zgon nastąpił w wyniku poważnego zachorowania, zostaje pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania. Łączna suma świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu zgonu w wyniku poważnego zachorowania małżonka oraz wystąpienia u małżonka tego samego poważnego zachorowania jest ograniczona do wysokości kwoty należnej z tytułu zgonu w wyniku poważnego zachorowania.
6. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia może być tylko raz wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka tego samego rodzaju poważnego zachorowania.

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

§38

1. Z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego (własnego lub przysposobionego w wieku od 1 do 18 lat) przynajmniej jednego z wymienionych poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem dziecka Ubezpieczonego:

- 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

- 1) niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem, trwająca co najmniej sześć miesięcy,
- 2) cukrzyca - cukrzyca nabyta insulinowo zależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej trzy miesiące,
- 3) 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 trwałe ubytki neurologiczne,

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli dziecko będzie pozostawało przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
3. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił w wyniku poważnego zachorowania, zostaje pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie z tytułu wystąpienia tego poważnego zachorowania. Łączna suma świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku poważnego zachorowania oraz wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego poważnego zachorowania jest ograniczona do wysokości kwoty należnej z tytułu zgonu w wyniku poważnego zachorowania.
4. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia może być tylko raz wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania.

URODZENIE DZIECKA

§39

1. Z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka w czasie

trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka zostanie wypłacone, jeżeli dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

§40

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 określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie zostanie zarejestrowane jako martwe urodzenie dziecka, a w akcie urodzenia Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§41

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty każdemu z dzieci wskazanych w ust.2 określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego należne jest każdemu dziecku Ubezpieczonego - własnemu, przysposobionemu lub pasierbowi (jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka pasierba):

- 1) w wieku do 18 lat,
- 2) w wieku do 25 lat - w razie uczęszczania do szkoły,
- 3) bez względu na wiek - jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do jakiegokolwiek pracy, a niezdolność do pracy została orzeczona z tytułu ubezpieczenia społecznego, gdy dziecko było niepełnoletnie lub gdy nie miało ukończonego 25 roku życia, pod warunkiem uczęszczania do szkoły.

LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§42

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia pole-

gającego na pobycie w szpitalu w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.

2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego może być wypłacone w zakresie podstawowym, w ramach którego:
 - 1) Za każdy dzień pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca określone w umowie ubezpieczenia świadczenie,
 - 2) Za każdy dzień, w okresie pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowo określone w umowie ubezpieczenia świadczenie.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego w zakresie podstawowym może być rozszerzone o świadczenia dodatkowe, w ramach których:
 - 1) Ubezpieczyciel wypłaca określone w umowie ubezpieczenia świadczenie za każdy dzień pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM). Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone maksymalnie za 16 dni takiego pobytu, o ile Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM,
 - 2) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jakiegokolwiek operacji chirurgicznej w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu dodatkowo określone w umowie ubezpieczenia świadczenie.
4. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego zostanie wypłacone jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwa dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe. Pobyt w szpitalu musi rozpoczynać się po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego rocznego okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego.
6. Na wniosek Ubezpieczonego w trakcie leczenia może nastąpić częściowa wypłata świadczenia po 45 dniu pobytu w szpitalu, pod warunkiem udokumentowania pobytu zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela.
7. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił w wyniku zdarzenia uznanego za powód leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, zostaje pomniejszone o wypłacone wcześniej świadczenie z tytułu tego leczenia szpitalnego.
8. Pracownik może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia przewidującej wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,

jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, nie przekroczy on 50 roku życia. Ograniczenia tego nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu pracownikowi obejmował świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.

9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, zostaje ograniczona do pobytu w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia.

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§43

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia polegającego na niezdolności do pracy stwierdzonej przez Ubezpieczyciela na podstawie decyzji o przyznaniu renty z tytułu ubezpieczenia społecznego w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia:
 - 1) w związku z całkowitą niezdolnością do pracy orzeczoną bezterminowo,
 - 2) w związku z całkowitą niezdolnością do pracy na czas określony (renta czasowa) orzeczoną na okres dłuższy niż dwanaście miesięcyUbezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia.
2. Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego przysługuje Ubezpieczonemu tylko raz w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostanie wypłacone:
 - 1) pod warunkiem, że Ubezpieczony powiadomi Ubezpieczyciela o złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu ubezpieczenia społecznego w ciągu trzydziestu dni od daty złożenia wniosku, jednak nie później niż w ciągu trzydziestu dni od daty zakończenia grupowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) pod warunkiem, że Ubezpieczony złoży wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z decyzją o przyznaniu renty z tytułu ubezpieczenia społecznego w ciągu trzech lat od daty zakończenia grupowej ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne, przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia w przypadku braku potwierdzenia niezdol-

ności do pracy Ubezpieczonego przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela.

6. Pracownik może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia przewidującej wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa, nie przekroczy on 50 roku życia. Ograniczenia tego nie stosuje się, jeżeli przystępując do ubezpieczenia pracownik rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, w ramach której zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu pracownikowi obejmował świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zostaje ograniczona do zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§44

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, za pośrednictwem Ubezpieczającego, zmienić uposażonego, informując o tym Ubezpieczyciela na formularzu Ubezpieczyciela.

§45

W przypadku śmierci albo utraty prawa do świadczenia przez jednego lub kilku uposażonych, przypadający im udział powiększa udział w świadczeniu pozostałym uposażonym.

§46

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

§47

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

- 1) małżonek - w całości,
- 2) dzieci - w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka,

- 3) rodzice - w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
- 4) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego - w równych częściach, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt. 1)-3).

§48

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

§49

1. 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 zgonu, 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 zgonu,
- 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) dokumentacja potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym, jeśli miały miejsce, potwierdzenie okresu pobytu na OIOM oraz potwierdzenie przeprowadzenia operacji chirurgicznej) - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,
- 8) decyzja organu rentowego o przyznaniu renty, wraz z dokumentacją medyczną, która była podstawą do wydania takiego orzeczenia - w przypadku występowania z roszczeniem związanym z niezdolnością do pracy,
- 9) dokument tożsamości osoby występującej z roszczeniem o wypłatę świadczenia,
- 10) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

§50

1. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany

jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie 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.

§51

W przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową równocześnie z tytułu zawałów i udarów mózgu oraz nieszczęśliwych wypadków (zgon oraz trwały uszczerbek na zdrowiu), jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednoznacznie, które ze zdarzeń jest bezpośrednią przyczyną zgonu albo odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci tytułem tego zdarzenia jedno, wyższe ze świadczeń.

§52

Jeżeli świadczenie nie przysługuje, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o świadczenie w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę odmowy.

§53

Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi żądanymi przez Ubezpieczyciela dokumentami, wypełnionymi zgodnie z jego wymogami.

§54

Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w §53, o czym zawiadomi pisemnie osobę uprawnioną do świadczenia.

§55

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§56

1. Wszelkie podatki i opłaty związane z umową ubezpieczenia ponoszone są przez Strony umowy zgodnie z przepisami prawa.
2. Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Ogólnych Warunkach.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa.
4. Ewentualne spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Ubezpieczyciela.

§ 58

Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 15.10.2002 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po 01.12.2002 r.



Wiceprezes Zarządu
Peter Nesbeda



Wiceprezes Zarządu
Leslie J. Breer

SPIS TREŚCI

Rozdział	Str.
Postanowienia ogólne	1
Definicje	1
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
Zawarcie umowy ubezpieczenia	3
Ochrona ubezpieczeniowa	4
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
Suma ubezpieczenia	5
Składka ubezpieczeniowa	5
Karencja	6
Indywidualna Kontynuacja	6
Ograniczenia odpowiedzialności przy wypłacie świadczeń	6
Zgon Ubezpieczonego	7
Zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	8
Zgon małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	8
Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	8
Zgon współubezpieczonego	8
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	9
Trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	9
Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	10
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	10
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	11
Poważne zachorowanie małżonka	11
Poważne zachorowanie dziecka	12
Urodzenie dziecka	12
Urodzenie martwego dziecka	12
Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego	12
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego	12
Niezdolność do pracy Ubezpieczonego	13
Wypłata świadczeń	14
Postanowienia końcowe	15

**SIGNAL IDUNA,
kompetentnym
partnerem
dla Twojej rodziny**

SIGNAL IDUNA szczydzi się ponad 100-letnim doświadczeniem, jako jedno z największych towarzystw ubezpieczeniowych w Niemczech. Na rynku polskim istnieje od 2001 roku. Oferuje ubezpieczenia: zdrowotne, turystyczne oraz życiowe.

Osobiste doradztwo jest dla nas ważne, dlatego staramy się być blisko Ciebie:

CENTRALA

ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa
tel.: 22 50 56 100, fax: 22 50 56 101
e-mail: info@signal-iduna.pl

KRAKÓW

ul. Kamienna 19, 30-001 Kraków
tel.: 12 25 28 680, fax: 12 25 28 681
e-mail: krakow@signal-iduna.pl

POZNAŃ

ul. Bukowska 12 lok. 123, 60-810 Poznań
tel.: 61 82 74 884 do 86, fax: 22 50 56 385
e-mail: poznan@signal-iduna.pl

WROCŁAW

Pl. Powstańców Śląskich 16, 53-314 Wrocław
tel.: 71 34 72 750, fax: 22 50 56 388
e-mail: wroclaw@signal-iduna.pl

**SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 31
infolinia 22 505 65 06
www.signal-iduna.pl

Rzecznik Finansowy – www.rf.gov.pl