

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

OWU/GUL5/2/2011

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM NR OWU/GUL5/2/2011

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem GUL5.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym nr OWU/GUL5/2/2011 (dalej: Warunki), w polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** - ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **„Ubezpieczający”** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.
- 4) **„Pracownik”** - osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
- 5) **„Uposażony”** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 6) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym GUL5, do którego stosuje się Warunki.
- 7) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym GUL5.
- 8) **„Umowa dodatkowa”** - część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 9) **„Umowa ubezpieczenia”** - umowa główna łącznie z umowami dodatkowymi.
- 10) **„Polisa”** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 11) **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** - dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiany przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 12) **„Podgrupa”** - grupa Ubezpieczonych spełniających kryteria określone w polisie, dla których składka podstawowa, suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
- 13) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** - określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
- 14) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
- 15) **„Karencja”** - okres, liczony od określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 16) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 17) **„Rocznica polisy”** - każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
- 18) **„Rok polisowy”** - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 19) **„Dzień wymagalności składki”** - pierwszy dzień okresu, za który, zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek, należna jest składka całkowita.
- 20) **„Okres rozliczeniowy”** - okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki.
- 21) **„Składka podstawowa”** - składka opłacana przez Ubezpieczającego, należna za jednego Ubezpieczonego składająca się ze składki za ochronę ubezpieczeniową i składki oszczędnościowej.
- 22) **„Składka całkowita”** - suma składek podstawowych oraz dodatkowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w dniu wymagalności składki.
- 23) **„Składka za ochronę ubezpieczeniową”** - część składki podstawowej, która jest przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych.
- 24) **„Składka oszczędnościowa”** - część składki podstawowej przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa pomniejszona o opłaty wskazane w Warunkach.
- 25) **„Składka dodatkowa”** - składka opłacana regularnie lub nieregularnie, niezależnie od składki podstawowej, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, której minimalna wysokość określona jest w Tabeli limitów i opłat.
- 26) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki podstawowej.
- 27) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia.
- 28) **„Fundusz kapitałowy”** - ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, stanowiący wydzieloną część aktywów Ubezpieczyciela.
- 29) **„Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”** - utworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego odrębny rachunek, na którym gromadzone są jednostki uczestnictwa.
- 30) **„Jednostka uczestnictwa”** - część funduszu kapitałowego będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 31) **„Alokacja składki”** - alokowanie składki oszczędnościowej i składki dodatkowej we wskazane fundusze kapitałowe.
- 32) **„Konwersja jednostek uczestnictwa”** - przeniesienie wartości funduszu kapitałowego z dotychczasowego do nowo wybranego funduszu kapitałowego.
- 33) **„Cena zakupu jednostki uczestnictwa”** - cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel dopisuje jednostki uczestnictwa do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 34) **„Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa”** - cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 35) **„Wartość funduszu kapitałowego”** - wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa obliczona po aktualnej cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa.
- 36) **„Świadczenie”** - kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami Warunków.
- 37) **„Tabela limitów i opłat”** - dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, zawierający maksymalne stawki opłat i limity stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie głównej i w umowach dodatkowych zawartych łącznie z umową główną, w przypadkach określonych w Warunkach.
- 38) **„Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków”** - dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy

ubezpieczenia, zawierający informacje o funduszach kapitałowych.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego, za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w trybie negocjacji.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
5. Każda zmiana umowy głównej wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych chyba, że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do umowy głównej w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo, w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgód Ubezpieczonych na zmianę umowy głównej.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Art. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż od dnia określonego w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności, i obejmuje okres jednego roku polisowego. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na kolejny rok polisowy następuje po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego wysokości składki za ochronę ubezpieczeniową oraz składki oszczędnościowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, na zasadach określonych w art. 12 ust. 1.
2. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym roku polisowym.

Art. 5 KARENCAJA

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

Art. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

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

Art. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Pracownika następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):
 - a) ukończenie 15 lat i nieukończenie 70 lat, z zastrzeżeniem art. 23 ust 3,
 - b) istnienie określonego w polisie stosunku prawnego łączącego Pracownika z Ubezpieczającym,
 - c) spełnianie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
3. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 2, wymaga akceptacji Ubezpieczyciela. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić zgłoszenie.
4. Warunkiem akceptacji zgłoszenia przystąpienia do ubezpieczenia może być doręczenie określonych przez Ubezpieczyciela dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracownika lub poddanie się przez Pracownika badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które zostaną przeprowadzone na koszt Ubezpieczyciela i w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
5. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje pierwszego dnia najbliższego okresu rozliczeniowego, za który opłacono składkę podstawową należną za danego Pracownika, pod warunkiem poinformowania o tym Ubezpieczyciela w trybie określonym w art. 9 ust. 6.
6. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym, od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem przez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione oraz podmioty, które wykonują czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej umowy ubezpieczenia, w szczególności wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane w związku z umową ubezpieczenia. Obowiązek zachowania tajemnicy dotyczy także danych osobowych Pracownika, który przekazał zgłoszenie przystąpienia do ubezpieczenia i nie został objęty ubezpieczeniem.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.
- 4a. Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, jest zobowiązany do przekazania informacji określonych w ust. 3 i 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu, na jego żądanie, wymaganych informacji, zmiana warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia oraz zmiana wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia jest skuteczna względem Ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej.
- 4b. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
5. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokowania każdej wpłaconej składki oszczędnościowej i dodatkowej do funduszu kapitałowego, na zasadach określonych w art. 16.
7. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dokonywania wyceny jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu i do ogłaszania, nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane ogłoszenie.
8. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań funduszu kapitałowego.

Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę całkowitą w terminach podanych w polisie, w wysokości naliczonej zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji określonych w art. 8 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3,
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela - w przypadku informacji, o których mowa w art. 8 ust. 4.
- 3a. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w art. 8 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- 3b. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 8 ust. 4b.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani poinformować Ubezpieczyciela o wszystkich okolicznościach, które są im wiadome, a które mogą mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, poprzez udzielenie zgodnych z prawdą, pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela.
5. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 4 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

6. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych, o osobach zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, o osobach, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, o osobach, w stosunku do których składka podstawowa ulega zawieszeniu oraz o osobach, dla których wpłacana zostaje składka dodatkowa lub jej wysokość ulega zmianie, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 6, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
8. Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 45 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
9. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

Art. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

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

6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji, składka za ochronę ubezpieczeniową jest ustalana niezależnie od postanowień ust. 2-5, w oparciu o łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem indywidualnych zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki oszczędnościowej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Nie może ona być niższa od minimalnej wysokości składki oszczędnościowej określonej w Tabeli limitów i opłat.
8. Wysokość składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W razie niedoręczenia Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego informacji, o których mowa w art. 9 ust. 6, Ubezpieczyciel oblicza składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpieczycielowi informacji.
10. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej i wysłał odpowiednią fakturę VAT do Ubezpieczającego najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego.
11. Wysokość składki podstawowej jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
12. Wysokość składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.
13. Ubezpieczający lub Ubezpieczony, za pośrednictwem Ubezpieczającego, mają prawo do wpłacania składek dodatkowych.
14. Minimalna wysokość składki dodatkowej określona jest w Tabeli limitów i opłat.

Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

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

Art. 12 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI

1. Na 30 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel przekaze Ubezpieczającemu informację o wysokości składki za ochronę ubezpieczeniową oraz składki oszczędnościowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 10 ust. 4. Wysokość składki za ochronę ubezpieczeniową oraz składki oszczędnościowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowiedzie umowy ubezpieczenia najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy.
2. Niezależnie od trybu zmiany składki określonego w ust. 1, w każdą rocznicę polisy wysokość składki za ochronę ubezpieczeniową może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez

- Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 8.
3. W przypadku zmiany w trakcie roku polisowego struktury Ubezpieczonych (dane, o których mowa w art. 10 ust. 4) w stopniu wpływającym na zwiększenie łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej co najmniej o 20%, Ubezpieczyciel ma prawo do ponownego określenia wysokości składki za ochronę ubezpieczeniową. Przy ocenie stopnia zmian struktury Ubezpieczonych Ubezpieczyciel uwzględnia również Ubezpieczonych, za których opłacanie składki podstawowej zostało zawieszona oraz Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na warunkach szczególnych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego, następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości składki podstawowej, pod warunkiem że Ubezpieczający nie wypowiedzie umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.
5. Wysokość składki oszczędnościowej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 8.

Art. 13 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

1. Ubezpieczającemu, za zgodą Ubezpieczyciela, przysługuje prawo zawieszenia opłacania części składek podstawowych oraz, począwszy od pierwszej rocznicy polisy, również składki całkowitej. W okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, za którego składki podstawowe nie są opłacane, a jego ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. W okresie zawieszenia opłacania składki całkowitej lub składki podstawowej należnej za Ubezpiezonego, Ubezpieczony zachowuje prawo do dokonania częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego.

Art. 14 SUMA UBEZPIECZENIA

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

FUNDUSZE KAPITAŁOWE

Art. 15 RODZAJE I CEL FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Celem funduszu kapitałowego jest długoterminowe powiększanie wartości jego aktywów. Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji są dopisywane do funduszu kapitałowego, powiększając jego wartość.
2. Ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu określonego w ust. 1.
3. Każdy fundusz kapitałowy jest podzielony na jednostki uczestnictwa reprezentujące proporcjonalny udział w jego aktywach.
4. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia jednostek uczestnictwa powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość funduszu kapitałowego ani na łączną wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa.
5. Ubezpieczający wybiera maksymalnie dwa spośród funduszy kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela, do których będą alokowane składki oszczędnościowe należne za Ubezpie-

czonego oraz określa procentowy podział składki oszczędnościowej pomiędzy wybrane fundusze kapitałowe. Określenie procentowego podziału składki oszczędnościowej następuje z dokładnością do jednego procenta.

6. Rodzaje funduszy kapitałowych właściwe dla danej umowy ubezpieczenia są określone w polisie.
7. Strony umowy ubezpieczenia mogą przyznać Ubezpieczonemu prawo wyboru dwóch funduszy kapitałowych spośród funduszy kapitałowych wskazanych w polisie, do których będą alokowane składki tego Ubezpieczonego.
8. Rodzaje funduszy kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela oraz ich polityka inwestycyjna określone są w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminie lokowania środków.

Art. 16 ALOKACJA SKŁADEK

1. Po zaksięgowaniu przez Ubezpieczyciela każdej składki całkowitej na koncie danej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel dopisze do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia składki oszczędnościowej pomniejszonej o opłatę, o której mowa w art. 20 i składki dodatkowej przez cenę zakupu jednostek uczestnictwa odpowiedniego funduszu kapitałowego z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaksięgowania składki całkowitej na koncie danej umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który dana składka całkowita jest należna. Zaksięgowanie składki na koncie danej umowy ubezpieczenia następuje nie później, niż drugiego dnia roboczego po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela składką całkowitą.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie do zmiany procentowego podziału składki oszczędnościowej pomiędzy wybrane fundusze kapitałowe.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 2, następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela pisemnego wniosku o zmianę procentowego podziału składki oszczędnościowej, poczynwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela przedmiotowego wniosku, pod warunkiem przekazania tego wniosku Ubezpieczycielowi najpóźniej na 7 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.
4. Składka dodatkowa jest alokowana do tych samych funduszy kapitałowych, do których jest alokowana składka oszczędnościowa. Procentowy podział składki dodatkowej pomiędzy fundusze kapitałowe jest zgodny z procentowym podziałem składki oszczędnościowej pomiędzy fundusze kapitałowe. Określenie procentowego podziału składki dodatkowej następuje z dokładnością do jednego procenta.
5. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.

Art. 17 KONWERSJA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Ubezpieczający lub Ubezpieczony, w zależności od postanowień zawartych w polisie, ma prawo do konwersji jednostek uczestnictwa. Przeliczenie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa właściwej dla każdego z funduszy kapitałowych, między którymi dokonywana jest konwersja jednostek uczestnictwa. Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa, po której odbywa się przeniesienie, jest ustalana podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o dokonanie konwersji. Wniosek o dokonanie konwersji zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.

2. Konwersja jednostek uczestnictwa dokonana w terminie innym niż rocznica polisy podlega opłacie za konwersję jednostek uczestnictwa, o której mowa w art. 20.

Art. 18 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się dzieląc wartość aktywów funduszu kapitałowego przez liczbę jednostek uczestnictwa. Wynik zaokrągla się w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%.
2. Różnica pomiędzy ceną zakupu a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa jest określona w Tabeli limitów i opłat.

Art. 19 WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

1. W przypadku, gdy w Warunkach mowa jest o wypłacie wartości funduszu kapitałowego, prawo do takiej wypłaty ma Ubezpieczony lub jego prawni spadkobiercy. Prawo do częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Wartość funduszu kapitałowego nie może być wypłacona przed wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Podstawą obliczania wartości funduszu kapitałowego jest cena sprzedaży jednostki uczestnictwa ustalona podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę wartości funduszu kapitałowego. Wniosek o wypłatę wartości funduszu kapitałowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty lub do częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego nie później niż w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę lub o częściową wypłatę wartości funduszu kapitałowego oraz, w przypadku wypłaty całkowitej – innych niezbędnych dokumentów.
5. Ubezpieczony może w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia dokonać częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego. Minimalna wysokość częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego jest określona w Tabeli limitów i opłat.
6. Wypłata, o której mowa w ust. 5, nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku wypłaty częściowej podstawą obliczania wartości funduszu kapitałowego, jest cena sprzedaży jednostki uczestnictwa ustalona podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę wartości funduszu kapitałowego. Wniosek o wypłatę wartości funduszu kapitałowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.

Art. 20 OPŁATY

1. Od składki oszczędnościowej pobierana jest opłata administracyjna w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat. Opłata administracyjna nie jest pobierana od składki dodatkowej.
2. Od składki oszczędnościowej pobierana jest opłata z tytułu alokacji składki do Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ubezpieczeń grupowych.
3. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego, wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub jej rozwiązania z powodu nieopłacenia składek, Ubezpieczyciel potrąci z wartości funduszu kapitałowego opłatę manipulacyjną w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
4. Z tytułu zarządzania funduszem kapitałowym Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę pobieraną w każdym momencie wyceny wartości aktywów danego funduszu, proporcjonalnie do części roku, jaki stanowi okres pomiędzy poprzednią wyceną wartości aktywów a wyceną na moment, w którym pobiera się tę opłatę.

Opłata ta jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu kapitałowego w wysokości wskazanej w Tabeli limitów i opłat.

5. W przypadku częściowej wypłaty wartości funduszu kapitałowego, o której mowa w art. 19 ust. 5, pobierana jest opłata za częściową wypłatę wartości funduszu kapitałowego w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
6. Dokonanie konwersji jednostek uczestnictwa w innym terminie niż w rocznicę polisy podlega opłacie za konwersję jednostek uczestnictwa, określonej w Tabeli limitów i opłat.
7. Zmiana procentowego podziału składki oszczędnościowej, o której mowa w art. 16 ust. 2, w innym terminie niż w rocznicę polisy, podlega opłacie za zmianę procentowego podziału składki oszczędnościowej określonej w Tabeli limitów i opłat.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

Art. 21 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

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

Art. 22 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, pod warunkiem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu nie później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zostanie doręczone Ubezpieczycielowi później niż na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki całkowitej najpóźniej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności składki, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono składkę całkowitą.
3. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego składki za ochronę ubezpieczeniową na zasadach, o których mowa w art. 12 ust. 1.

Art. 23 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - a) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego,
 - b) wygaśnięcia umowy głównej,
 - c) rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego, o którym mowa w art. 7 ust.1 pkt b),
 - d) ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia.
2. Za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust.1 pkt a)-c).
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt d), za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia.

Art. 24 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z powodów wymienionych w ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie oferowanej przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczony spełniający kryteria określone w ust. 2 będzie mógł indywidualnie kontynuować ubezpieczenie w ramach odrębnej umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
2. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków przez okres co najmniej 9 miesięcy,
 - b) w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, a także przez okres co najmniej 9 miesięcy przed tym terminem, umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków uwzględniała opcję indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
 - c) złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie dwóch miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty,
 - d) nie ukończył 65 roku życia.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Art. 25 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia i wartości funduszu kapitałowego. Wartość funduszu kapitałowego obliczana jest po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa, ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zarejestrowania wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. Wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od chwili otrzymania go przez Ubezpieczyciela.

Art. 26 OSOBY UPRAWNIONE. SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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

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

Art. 27 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była spowodowana lub zaszła w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,

- d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia składka całkowita nie zostanie opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela lub w okresie zawieszenia opłacania składki podstawowej, Ubezpieczyciel wypłaci wartość funduszu kapitałowego na zasadach określonych w art. 19.

Art. 28 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 26 ust. 4 i 6, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub beczynność Ubezpieczyciela wynikające z umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie w jakiej były one złożone tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Ubezpieczyciela, skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 26 ust. 4 i 6, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 1, lub dotyczącego odwołania, o którym mowa w ust. 5, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 34.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 29 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia reguluje ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu opłacania składek ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą, Ubezpieczyciel może powiększyć tę składkę o ich wysokość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 30 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

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

Art. 31 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT LUB WYKAZU UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH I REGULAMINU LOKOWANIA ŚRODKÓW

1. Tabela limitów i opłat lub Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1 jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny.

Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1 jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:

- a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny) waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 1 wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków, a Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków.

Art. 32 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.

Art. 33 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 28, powinny być przekazywane do siedziby Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 28 ust. 2 powinny być dokonywane na piśmie. Ubezpieczyciel przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.

Art. 34 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub odpowiednio innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 26 ust. 4 i 6.

Art. 35 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

Art. 36 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 96/2011 z dnia 12 grudnia 2011 roku, wchodzą w życie z dniem 12 grudnia 2011 roku.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ADR5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADR5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonej kodem ADR5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Umowa główna**” - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) „**Umowa dodatkowa**” - Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczenie**” - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) „**Nieszczęśliwy wypadek**” - nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego śmierci.
- 5) „**Dzień objęcia ubezpieczeniem**” - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 6) „**Suma ubezpieczenia**” - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 7) „**Składka za umowę dodatkową**” - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) „**Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej**” - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 9) „**Ubezpieczony**” - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

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

Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 26 Warunków umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpie-

zeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 26 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - e) innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

- h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostały opłacone w pełnej wysokości.
 3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 43/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, w brzmieniu zmienionym uchwałą nr 113/2010 z dnia 6 sierpnia 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 9 sierpnia 2010 roku.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPowodowanego NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (PDR5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDR5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDR5 podany niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Trwałe inwalidztwo”** - trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 5) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** - następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 6) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** - uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego trwałego inwalidztwa.
- 8) **„Utrata”** - fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 9) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 13) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu.

3. Ubezpieczający dokonuje wyboru jednego z trzech wariantów ubezpieczenia. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu zawarcia umowy dodatkowej:
 - a) wariant A - przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu,
 - b) wariant B - tylko w czasie wykonywania pracy zawodowej, niezależnie od miejsca pobytu,
 - c) wariant C - poza miejscem pracy i w czasie niewykonywania pracy zawodowej.
4. Wybrany wariant zakresu ubezpieczenia określony jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu. W potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu wariant A oznaczony jest kodem PDR5_A, wariant B kodem PDR5_B, natomiast wariant C kodem PDR5_C.
5. Wariant ubezpieczenia może zostać określony dla każdej podgrupy.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

dodatkowej oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej na kolejny rok polisowy.

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

pieczeniowej, obliczony z uwzględnieniem zasad uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela.

7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

Trwałe inwalidztwo częściowe	Procent sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk)	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni (z wyłączeniem kciuka)	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%

Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny, kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 8 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
10. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.
11. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym wskazanym w art. 2 ust. 2-4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 44/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIB5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CIB5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem CIB5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Poważne zachorowanie”** - schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.
- 5) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 6) **„Karencja”** - okres, liczony od wskazanego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu dnia objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialności.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 10) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących poważnych zachorowań w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawonokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,

- przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium.
- b) **Nieżłośliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytki neurologiczne (z wyłączeniem torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnętrznych naczyń tętnicznych lub żylnych w obrębie mózgu, krwinków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
 - c) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - d) **Udar mózgu:** nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
 - e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
 - f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
 - g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka, lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności

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

- h) **Utrata wzroku:** całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła. Utrata wzroku musi być zdiagnozowana przez lekarza i trwać nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia postawienia diagnozy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - i) **Utrata słuchu:** całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach, polegająca na utracie zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB. Utrata słuchu musi być zdiagnozowana przez lekarza i trwać nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia postawienia diagnozy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, zawału serca, udaru mózgu i niezłośliwego guza mózgu - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny,
 - b) w przypadku niewydolności nerek - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Ubezpieczyciela definicją,
 - c) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass) - dzień zabiegu operacyjnego,
 - d) w przypadku przeszczepienia narządów - dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
 - e) w przypadku utraty wzroku i utraty słuchu - ostatni dzień podanego w ust. 2 pkt odpowiednio h) lub i), dwunastomiesięcznego okresu.
 4. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmuje tylko to zdarzenie, z określonych w ust. 2, które zaszło najwcześniej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 3, odpowiednio pkt a), c) lub d).
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w art. 2 ust. 2 pkt h) lub i) jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,

- e) opinii lekarza prowadzącego,
 - f) odpisu badania potwierdzającego wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania,
 - g) innych dokumentów, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 6. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie dwóch miesięcy, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy głównej o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał świadomie, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - h) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku poddania się przez Ubezpieczonego procedurom medycznym wymienionym w art. 2 ust. 2 pkt f) i g), jeżeli ich wykonanie lekarz zalecił w czasie karencji.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązku określonego w art. 6 ust. 6 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte umową dodatkową nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 45/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (DSB5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem DSB5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci małżonka (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem DSB5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca śmierci małżonka, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Małżonek”** - osoba, która w dniu swojej śmierci pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Małżonka zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Małżonka.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) **„Karencja”** - okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 8) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 10) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 11) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

4. Ubezpieczyciel w stosunku do Ubezpieczonego ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu Małżonka.
5. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
6. W stosunku do Ubezpieczonych oraz Pracowników innych niż Pracownicy, o których mowa w ust. 5, ma zastosowanie trzymiesięczna karencja.
7. W czasie karencji Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku

- o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
 4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Pracownikowi i Ubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka, wystawionego przez lekarza lub odpowiednie władze,
 - d) dokumentu potwierdzającego zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka,
 - e) innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka, została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych lub stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia związku małżeńskiego i nie była spowodowana niešťęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.
3. Jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie

wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 46/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LHB5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem LHB5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem LHB5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Uszczerbek na zdrowiu”** - stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 5) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** - naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie-ropujące poprawy.
- 6) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** - naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - jedno z niżej wymienionych zdarzeń:
 - a) nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niebędące wypadkiem przy pracy, albo
 - b) wypadek przy pracy.
- 8) **„Wypadek przy pracy”** - wypadek przy pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa polskiego regulujących ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy.
- 9) **„Zaświadczenie”** - stosowne orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w oparciu o przepisy prawa regulujące zasady orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, tryb postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 14) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczający dokonuje wyboru jednego z dwóch wariantów zakresu ubezpieczenia:
 - a) wariant A - obejmujący zdarzenia spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, w tym również wypadkiem przy pracy,
 - b) wariant B - obejmujący zdarzenia spowodowane wyłącznie wypadkiem przy pracy.
4. Wybrany wariant zakresu ubezpieczenia określony jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu. W potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu wariant A oznaczony jest kodem LHB5_A, natomiast wariant B kodem LHB5_B.
5. Wariant ubezpieczenia może zostać określony odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

7. Wysokość składki za umowę dodatkową jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
8. Wysokość składki za umowę dodatkową może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu wystąpił na skutek wypadku przy pracy podstawą do wypłaty świadczenia jest Zaświadczenie.
4. W pozostałych przypadkach, podstawą do wypłaty świadczenia jest orzeczenie lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela. Lekarz orzecznik wydaje w takim przypadku orzeczenie w oparciu o ocenę procentowego uszczerbku na zdrowiu, dokonaną na podstawie przepisów prawa regulujących zasady orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, tryb postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania.
5. Procent sumy ubezpieczenia wypłacanej w przypadku uszczerbku na zdrowiu, określany jest na podstawie Zaświadczenia, a w przypadku, o którym mowa w ust. 4, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczyciela.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Zaświadczenia - w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu nastąpił wskutek wypadku przy pracy,
 - e) oświadczenia Pracodawcy Ubezpieczonego o tym, czy nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem przy pracy,
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić

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

9. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym wskazanym w art. 2 ust. 2-4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli z oświadczenia Pracodawcy Ubezpieczonego, o którym mowa w art. 9 ust. 7 pkt e) będzie wynikało, że nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem przy pracy a Ubezpieczony nie przedstawi Ubezpieczycielowi Zaświadczenia.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 47/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY (FCR5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem FCR5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem FCR5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - umowa dodatkowa dotycząca ubezpieczenia członków rodziny, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Małżonek”** - osoba, która w dniu śmierci swojego Rodzica pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 5) **„Współubezpieczony”** - Rodzic, Rodzic Małżonka lub Dziecko Ubezpieczonego.
- 6) **„Rodzic”** - naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 7) **„Rodzic Małżonka”** - naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 8) **„Dziecko”** - własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Współubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 10) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 11) **„Karencja”** - okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 13) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 14) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 15) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W zależności od wariantu określonego w polisie, umowa dodatkowa obejmuje następujące zdarzenia, które nastąpiły w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) wariant A - śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (kod DPB5),
 - b) wariant B - narodziny Dziecka (kod BCB5),
 - c) wariant C - śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka (kod DCB5),
 - d) wariant D - osierocenie Dziecka (kod OCB5).

2. Umowa dodatkowa może obejmować kilka wariantów spośród wymienionych w ust. 1, dowolnie wybranych przez Ubezpieczającego.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu, w przypadku wariantu A, B lub C,
 - b) Dziecku wskazanemu przez Ubezpieczonego w zgłoszeniu przystąpienia do ubezpieczenia, w przypadku wariantu D.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia tego zdarzenia.
3. W przypadku wariantu D, w stosunku do Dziecka wskazanego przez Ubezpieczonego postanowienia art. 19 ust. 2, 3, 7, Warunków umowy głównej stosuje się odpowiednio.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia członków rodziny oraz w zależności od wariantu umowy następujących dokumentów:
 - a) wariant A - śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica,
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - lub
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego,
 - lub
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka,
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka,
 - b) wariant B - narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,
 - c) wariant C - śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio:
 - odpisy aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - lub
 - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu,
 - d) wariant D - osierocenie Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka,

- dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu umowy głównej.
5. Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 6. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 i 4 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 7. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu wskazanym w art. 2 ust. 1.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 48/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU (HCB5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem HCB5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej pobytu w szpitalu (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem HCB5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca pobytu w szpitalu, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Szpital”** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy.
- 5) **„Pobyt w szpitalu”** - udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany, również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala.
- 6) **„Dzień pobytu w szpitalu”** - każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 7) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** - wydzielony oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 8) **„Lekarz”** - osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 9) **„Choroba”** - zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju. Niniejsza definicja obejmuje również powikłania ciąży.
- 10) **„Choroba psychiczna”** - choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.
- 11) **„Wady wrodzone”** - odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała, powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 12) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie,

które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu.

- 13) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 14) **„Karencja”** - okres, liczony od dnia określonego w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu jako dzień objęcia ubezpieczeniem, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
- 15) **„Dzienne świadczenie szpitalne”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 16) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 17) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 18) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

4. W stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia w okresie trwania umowy dodatkowej, jednak później niż po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym spełnił on warunki uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
5. W stosunku do Ubezpieczonych oraz Pracowników innych niż Pracownicy, o których mowa w ust. 4, ma zastosowanie trzy-miesięczna karencja.
6. W czasie karencji, o której mowa w ust. 4 i 5, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
7. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu.

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

ubezpieczeniowej, obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.

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

Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 4 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 4 dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień następujący po pierwszych 3 dniach pobytu w szpitalu;
 - b) 4 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany porodem. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego porodem jest płatne od 4 dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień następujący po pierwszych 3 dniach pobytu w szpitalu;

- c) 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - d) 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. W przypadku jednego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jedynie do 60 dnia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
5. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu umowy dodatkowej, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM,
 - e) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - f) innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
9. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu ubezpieczeniowym wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego były:

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

wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 49/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPowodOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (PDW5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem PDW5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem PDW5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Niezdolność do pracy”** - trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 4a) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** - trwała i całkowita utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres, co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, potwierdzona przez Lekarza po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, której wynikiem jest trwała i nieodwracalna niezdolność do wykonywania przynajmniej trzech z pięciu wymienionych poniżej codziennych czynności:
 - a) mycie,
 - b) ubieranie się,
 - c) odżywanie,
 - d) poruszanie się oraz przemieszczanie,
 - e) kontrola czynności fizjologicznych.
- 5) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną jego niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, które miało miejsce w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 10) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

65 roku życia, pod warunkiem, że niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego:

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w art. 2 ust. 2,

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w art. 9.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku, którego nastąpiła niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,

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

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdą zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 96/2011 z dnia 12 grudnia 2011 roku, wchodzą w życie z dniem 12 grudnia 2011 roku.

Tomasz Bławat


Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol


Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (MSR5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem MSR5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem MSR5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Operacja”** - zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów lub objawów choroby, spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 5) **„Szpital”** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy.
- 6) **„Lekarz”** - osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.
- 7) **„Nieszczęśliwy wypadek”** - nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną Operacji.
- 8) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 9) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** - dzień przeprowadzenia Operacji.
- 10) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 11) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 12) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 13) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za umowę dodatkową.

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest stała w okresie trwania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu proponowanej zmiany przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem

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

4. Wysokość sumy ubezpieczenia może zostać określona odmiennie dla każdej podgrupy.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

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

* kategoria najwyższa - „1”

Podział operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

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

wiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

7. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie operacji, uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Uposażony z umowy głównej.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli operacja została przeprowadzona po 30 dniu, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 51/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU W RUCHU DROGOWYM (ADT5)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek wypadku w ruchu drogowym mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem ADT5.

Art. 1 DEFINICJE

W ogólnych warunkach umowy dodatkowej dotyczącej śmierci wskutek wypadku w ruchu drogowym (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej oznaczonych kodem ADT5 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** - umowa Grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem GUL5.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** - Umowa dodatkowa dotycząca śmierci wskutek wypadku w ruchu drogowym, zawarta z Ubezpieczycielem.
- 3) **„Ubezpieczenie”** - Grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym oznaczone kodem GUL5, do którego stosuje się Warunki umowy głównej.
- 4) **„Pojazd”** - pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motorower, motocykl lub przyczepa, podlegające rejestracji stosownie do przepisów o ruchu drogowym lub zarejestrowane za granicą i dopuszczone do ruchu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 5) **„Wypadek w ruchu drogowym”** - nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie: kolizja pojazdu z innym pojazdem, rowerem, pieszym, zwierzęciem bądź przedmiotem pochodzącym z zewnątrz, a także wyrócenie się pojazdu, które nastąpiło w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej i które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem, że wypadek ten pozostawał w związku z ruchem pojazdu lub zaszedł podczas wsiadania lub wysiadania z takiego pojazdu, podczas przebywania w nim w przypadku zatrzymania lub postoju na drodze oraz podczas naprawy pojazdu na drodze.
- 6) **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** - późniejszy z następujących terminów: dzień przystąpienia Pracownika do ubezpieczenia lub dzień, w którym wchodzi w życie umowa dodatkowa.
- 7) **„Suma ubezpieczenia”** - kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 8) **„Składka za umowę dodatkową”** - składka przeznaczona na ochronę ubezpieczeniową, opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy dodatkowej.
- 9) **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** - kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki za umowę dodatkową.
- 10) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z dniem

następnym po dniu wpłacenia składki całkowitej i obejmuje okres jednego roku polisowego.

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

Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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

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

Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

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

Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA

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

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia wypadku w ruchu drogowym będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, zostanie wypłacone

- Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 26 Warunków umowy głównej.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu drogowym nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki oraz po wygaśnięciu umowy dodatkowej, a także po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu umowy głównej, pod warunkiem, że wypadek w ruchu drogowym, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć nastąpił w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia, o której mowa w art. 26 Warunków umowy głównej,
 - c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku w ruchu drogowym,
 - d) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez lekarza lub stosowne władze,
 - e) innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawny i zwyczajowo przyjęty, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zdarzeniu wskazanym w art. 2 ust. 2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek w ruchu drogowym, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

- g) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych, zgodnie z przepisami prawa polskiego,
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek w ruchu drogowym, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć nastąpił po dniu wymagalności składki, jeżeli do tego dnia wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli wypadek drogowy nastąpił w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagalne składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek w ruchu drogowym, w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć nastąpił w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

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

Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- 1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.
- 2. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 52/2010 z dnia 20 maja 2010 roku, w brzmieniu zmienionym uchwałą nr 114/2010 z dnia 6 sierpnia 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 9 sierpnia 2010 roku.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowia (A01 – A05)

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

Komory mózgowie i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

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

Nerwy czaszkowe (A24 – A31)

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

Opony mózgowie (A38 – A42)

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

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

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

Nerwy obwodowe (A59 – A62)

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

Inne części układu nerwowego (A75)

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

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

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

Tarczycza (B08)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
-----	---	---------------

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza/nadnerczy	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Oczodoł (C01 – C06)

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

Mięśnie oka (C31 – C34)

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

Rogówka (C47 – C49)

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

Twardówka i tęczówka (C53 – C62)

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

Komorą przednią gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

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

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

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

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

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

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

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

Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

Krtań (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtań	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtań	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtań	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtań	Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III

E48 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych
Kategoria III

Pluca i śródpiersie (E53 – E62)

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

Język i podniebienie (F22 – F29)

F22 Wycięcie języka
Kategoria III
F23 Wycięcie zmiany w obrębie języka
Kategoria V
F24 Nacięcie języka
Kategoria V
F28 Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia
Kategoria V
F29 Korekcja zniekształcenia podniebienia
Kategoria IV

Jama ustna (F38 – F39)

F38 Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej
Kategoria V
F39 Odtworzenie innej części jamy ustnej
Kategoria IV

Ślinianki (F44 – F55)

F44 Wycięcie ślinianki
Kategoria IV
F45 Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki
Kategoria IV
F52 Podwiązanie przewodu ślinianki
Kategoria V
F55 Poszerzenie przewodu ślinianki
Kategoria V

Przełyk (G01 – G14)

G01 Wycięcie przełyku i żołądka
Kategoria I
G02 Całkowite wycięcie przełyku
Kategoria I
G03 Częściowe wycięcie przełyku
Kategoria III
G04 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku
Kategoria III
G05 Zespolenie omijające przełyku
Kategoria II
G06 Rewizja zespolenia przełykowego
Kategoria III
G07 Operacja naprawcza przełyku
Kategoria I
G08 Wytworzenie przetoki przełykowej
Kategoria III
G11 Otwarta implantacja protezy przełyku
Kategoria III
G14 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku
Kategoria V

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

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

Dwunastnica (G49 – G54)

G49 Wycięcie dwunastnicy
Kategoria III
G50 Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy
Kategoria II
G51 Zespolenie omijające dwunastnicę
Kategoria III
G52 Operacje wrzodu dwunastnicy
Kategoria III
G54 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy
Kategoria V

Jelito czcze (G58 – G64)

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

Jelito kręte (G69 – G79)

G69 Wycięcie jelita krętego
Kategoria III
G70 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego
Kategoria III
G71 Zespolenie omijające jelito kręte
Kategoria III
G73 Rewizja zespolenia jelita krętego
Kategoria III

G74 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)
Kategoria III
G75 Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)
Kategoria III
G76 Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym
Kategoria III
G79 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego
Kategoria III

Okrężnica (H04 – H20)

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

Odbyttnica (H33 – H42)

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

Wątroba (J02 – J10)

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

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

J18 Wycięcie pęcherzyka żółciowego
Kategoria IV
J24 Przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego
Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

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

Trzustka (J55 – J66)

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

Śledziona (J69)

J69 Całkowite wycięcie śledziony
Kategoria III

Osierdzie (K67 – K69)

K67 Wycięcie osierdzia
Kategoria I
K68 Drenaż osierdzia
Kategoria II
K69 Przecięcie osierdzia
Kategoria IV

Tętnica płucna (L07 – L13)

L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)

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

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

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

Odgąlenia aorty brzusznej (L41 – L47)

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

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

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

Inne tętnice (L65 – L71)

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

Nerki (M02 – M15)

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

Moczowód (M18 – M32)

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

Pęcherz moczowy (M34 – M42)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M56 – M65)

M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III

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

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

Moszna i jądra (N01 – N11)

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

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

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

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

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

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

P01	Operacje techtaczkii	Kategoria V
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany w obrębie sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	Kategoria V

Pochwa (P14 – P31)

P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P20	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	Kategoria III

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik (Q43 – Q45)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V

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

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

Ściana brzucha (T20 – T30)

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

Otrzewna (T33 – T42)

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

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

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

Ścięgna (T65 – T71)

T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV

Mięśnie (T76 – T80)

T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III

Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V46)

V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II

V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II

Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)

W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	Kategoria III

Kości (W05 – W35)

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W20	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
W25	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM OWU/GUL5/1/2011

Art. 1 DEFINICJE	3
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
Art. 3 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
Art. 4 ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
Art. 5 KARENCA	4
Art. 6 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY	4
Art. 7 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA	4
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	4
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	5
Art. 10 WYSOKOŚĆ SKŁADKI	5
Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	6
Art. 12 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI	6
Art. 13 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI	6
Art. 14 SUMA UBEZPIECZENIA	6
Art. 15 RODZAJE I CEL FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH	6
Art. 16 ALOKACJA SKŁADEK	7
Art. 17 KONWERSJA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	7
Art. 18 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	7
Art. 19 WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO	7
Art. 20 OPŁATY	7
Art. 21 Odstąpienie od umowy głównej	8
Art. 22 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	8
Art. 23 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	8
Art. 24 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	8
Art. 25 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	8
Art. 26 OSOBY UPRAWNIONE. SPOSÓB I TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	8
Art. 27 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	9
Art. 28 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	9
Art. 29 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	9
Art. 30 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	10
Art. 31 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT LUB WYKAZU UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH I REGULAMINU LOKOWANIA ŚRODKÓW	10
Art. 32 PRAWO WŁAŚCIWE	10
Art. 33 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	10
Art. 34 ROZSTRZYGANIE SPORÓW	10
Art. 35 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA	10
Art. 36 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	10

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ADR5)

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

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (PDR5)

Art. 1 DEFINICJE	14
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	14
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	14
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	14
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	15
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	15
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	15
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	15
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	15
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	16
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	16
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	17
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	17

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIB5)

Art. 1 DEFINICJE	18
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	18
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	19
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	19
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	19
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	19
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	19
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	20
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	20
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	20
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	21
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	21
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	21

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (DSB5)

Art. 1 DEFINICJE	22
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	22
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	22
Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ	22
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	22
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	22
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	23
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	23
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	23
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	23
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	24
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	24
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	24

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWALEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LHB5)

Art. 1 DEFINICJE	25
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	25
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	25
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	25
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	26
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	26
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	26
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	26
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	26
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	27
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	27
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	27
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	27

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ UBEZPIECZENIA CZŁONKÓW RODZINY (FCR5)

Art. 1 DEFINICJE	28
Art. 2 ZAKRES UBEZPIECZENIA	28
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	28
Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ	28
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	29
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	29
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	29
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	29
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	29
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	30
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	30
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	30
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	30

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU W SZPITALU (HCB5)

Art. 1 DEFINICJE	31
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	31
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	31
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	32
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	32
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	32
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	32
Art. 8 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE	32
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	32
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	33
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	34
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	34
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	34

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (PDW5)

Art. 1 DEFINICJE	35
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	35
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	35
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	35
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	35
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	36
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	36
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	36
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	36
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	36
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	37
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	37
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	37

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (MSR5)

Art. 1 DEFINICJE	38
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	38
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	38
Art. 4 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	38
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	38
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	38
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	39
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	39
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	39
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	40
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	40
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	40
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	40

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU W RUCHU DROGOWYM (ADT5)

Art. 1 DEFINICJE	41
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	41
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	41
Art. 4 ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY DODATKOWEJ	41
Art. 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	41
Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	41
Art. 7 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	42
Art. 8 SUMA UBEZPIECZENIA	42
Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	42
Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	42
Art. 11 WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	43
Art. 12 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	43
Art. 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE	43
ZAŁĄCZNIK NR 1	44

