

OGÓLNE WARUNKI
PLANU UBEZPIECZENIOWEGO
Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „RAZEM W ING”

OWU/SME10/1/2010

OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „RAZEM W ING” NR OWU/SME10/1/2010

Ogólne warunki Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: SME10.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” (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, przy ul. Ludnej 2.
2. **„Ubezpieczający”** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
3. **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej, będąca Właścicielem lub osobą pozostającą z Ubezpieczającym w stosunku prawnym stanowiącym podstawę zatrudnienia.
4. **„Współubezpieczony”** – Małżonek, Konkubent, Pełnoletnie Dziecko, przystępujący obok Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
5. **„Pracownik”** – osoba ubiegająca się o przystąpienie do ubezpieczenia.
6. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez osobę objętą ochroną ubezpieczeniową, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
7. **„Właściciel”** – osoba fizyczna, w tym wspólnik spółki cywilnej, prowadząca działalność gospodarczą jako Ubezpieczający albo też wspólnik niemającej osobowości prawnej spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym.
8. **„Małżonek”** – osoba, która w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
9. **„Konkubent”** - wskazana przez Ubezpieczonego w stosownym oświadczeniu osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe.
10. **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
11. **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka - osoba, która dokonała jego przysposobienia.
12. **„Dziecko”** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego.
13. **„Ubezpieczenie”** – Plan ubezpieczeniowy z funduszem kapitałowym „Razem w ING”, do którego stosuje się Warunki.
14. **„Umowa główna”** - ubezpieczenie obejmujące śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz dające możliwość otwarcia rachunku inwestycyjnego („Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”).
15. **„Umowa dodatkowa”** – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
16. **„Umowa ubezpieczenia”** - Umowa główna łącznie z Umowami dodatkowymi.
17. **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
18. **„Potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu”** - dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem, wystawiony przez Ubezpieczyciela imiennie dla każdego Ubezpieczonego i Współubezpieczonego.
19. **„Podgrupa”** - grupa Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych spełniających kryteria określone w polisie, dla których składka podstawowa, suma ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia zostały określone w jednakowej wysokości lub w jednakowy sposób.
20. **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
21. **„Dzień objęcia ubezpieczeniem”** – dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
22. **„Karencja”** – okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność w ograniczonym zakresie.
23. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną zdarzenie, niezależne od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nastąpiło w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy Wypadek, nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
24. **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.
25. **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
26. **„Dzień wymagalności składki”** – pierwszy dzień okresu, za który zgodnie z przyjętą częstotliwością opłacania składek należna jest składka całkowita.
27. **„Okres rozliczeniowy”** – okres pomiędzy następującymi po sobie dniami wymagalności składki.
28. **„Składka podstawowa”** – składka opłacana przez Ubezpieczającego z tytułu umowy głównej i umów dodatkowych, należna za jednego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, płatna na zasadach, w terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
29. **„Składka całkowita”** – suma składek podstawowych, a w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej również składek dodatkowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, opłacana zgodnie z przyjętą częstotliwością, płatna najpóźniej w dniu wymagalności składki podstawowej.
30. **„Składka dodatkowa”** – składka opłacana regularnie lub nieregularnie przez Ubezpieczającego w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej, niezależnie od składki podstawowej, alokowana w jednostki uczestnictwa, należna za jednego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
31. **„Składka dodatkowa regularna”** – składka opłacana obowiązkowo w przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej.
32. **„Składka dodatkowa nieregularna”** – składka opłacana dobrowolnie, pod warunkiem że wszystkie składki dodatkowe regularne są opłacane na bieżąco.
33. **„Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej”** – kwota stanowiąca podstawę obliczenia przez Ubezpieczyciela składki podstawowej.
34. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia, odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach.
35. **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić osobie uprawnionej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami Warunków.

- 36. „Alokacja składki”** – alokowanie składki dodatkowej do wskazanego funduszu kapitałowego.
- 37. „Cena umorzenia jednostki uczestnictwa”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 38. „Cena dopisania jednostki uczestnictwa”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego, po której Ubezpieczyciel dopisuje jednostki uczestnictwa do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa.
- 39. „Fundusz kapitałowy”** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela.
- 40. „Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”** – utworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego odrębny rachunek, na którym zapisywane są jednostki uczestnictwa.
- 41. „Jednostka uczestnictwa”** – część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 42. „Rezygnacja z opcji inwestycyjnej”** – oświadczenie Ubezpieczającego o zaprzestaniu opłacania składki dodatkowej regularnej należnej za Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
- 43. „Wartość funduszu kapitałowego”** – wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa, obliczona po aktualnej cenie umorzenia jednostki uczestnictwa.
- 44. „Wybór opcji inwestycyjnej”** – zobowiązanie się Ubezpieczającego do opłacania składki dodatkowej regularnej złożone z własnej inicjatywy Ubezpieczającego lub na wniosek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
- 45. „Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków”** – dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia i przekazywany Ubezpieczającemu wraz z warunkami, zawierający informacje o funduszach kapitałowych.
- 46. „Wypłata wartości funduszu kapitałowego”** – częściowa lub całkowita wypłata wartości funduszu kapitałowego.
- 47. „Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty przez Zarząd Ubezpieczyciela, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia przekazywany Ubezpieczającemu wraz z warunkami, zawierający maksymalne stawki opłat i limity stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie głównej i w Umowach dodatkowych zawartych łącznie z umową główną w przypadkach określonych w Warunkach.
- 48. „Pakiet”** – oferowana przez Ubezpieczyciela opcja ubezpieczenia zawierająca Umowę główną z określonymi przez Ubezpieczyciela Umowami dodatkowymi.
- 49. „Trwałe częściowe inwalidztwo”** - utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni (włączając kciuk), poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.
- 50. „Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała, które spowodowało bezterminową, trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 51. „Trwałe inwalidztwo”** – doznane wskutek Nieszczęśliwego wypadku Trwałe całkowite inwalidztwo lub Trwałe częściowe inwalidztwo.
- 52. „Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległa osoba objęta ochroną ubezpieczeniową jako:
- pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym;
 - pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie;
 - rowerzysta;
 - pieszy.
- 53. „Statek wodny”** – statek wodny rozumiany jako urządzenie o napędzie mechanicznym, poruszające się w ruchu wodnym. Statkami wodnymi w rozumieniu niniejszych warunków są także prom, wodolot i poduszkowiec.
- 54. „Statek powietrzny”** – pojazd rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem: balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.
- 55. „Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w ramach łączącego go z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:
- podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych;
 - w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - w czasie trwania podróży służbowej.
- W rozumieniu niniejszych warunków za Wypadek przy pracy nie uważa się Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub z pracy.
- 56. „Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu bądź układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 57. „Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 58. „Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 59. „Szpital”** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej zgodny z zakresem terytorialnym ubezpieczenia (art. 8 Warunków), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 60. „Pobyt w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy osoba, której pobyt dotyczy, zostanie przeniesiona do innego szpitala. W rozumieniu Warunków za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
- 61. „Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 62. „Dzienne świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

- 63. „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, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 64. „Lekarz”** – osoba posiadająca, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny zgodnie z przepisami prawa polskiego lub z przepisami prawa Unii Europejskiej.
- 65. „Choroba”** - zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego - wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 66. „Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
- 67. „Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.
- 68. „Poważne zachorowanie”** – schorzenie lub procedura medyczna, na którą cierpią, lub której poddali się Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek lub Dziecko.
- 69. „Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu położonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów, objawów choroby lub spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 70. „Wspinaczka wysokogórska i skałkowa”** - przemieszczanie się w terenie stromym wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być także:
- życie Współubezpieczonego;
 - zdrowie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
 - życie i zdrowie Małżonka lub Dziecka;
 - życie Rodzica i Rodzica Małżonka.
- Zakres odpowiedzialności Towarzystwa w ramach umowy głównej obejmuje śmierć Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
2. Zakres odpowiedzialności na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Ubezpieczyciela może obejmować dodatkowo wymienione poniżej zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w formie umów dodatkowych:
- Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR10**);
 - Śmierć Ubezpieczonego spowodowaną zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR10**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR10_A**);
 - Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR10+**);

- Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB10_A**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
 - Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB10**);
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**);
 - Śmierć Małżonka (**kod: DSB10**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SADR10**);
 - Śmierć Małżonka spowodowana Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: SADT10**);
 - Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SLHB10**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (**kod: DPB10**);
 - Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: ADPB10**);
 - Narodziny Dziecka (**kod: BCB10**);
 - Śmierć Dziecka (**kod: DCB10**);
 - Narodziny martwego Dziecka (**kod: SBB10**);
 - Osierocenie Dziecka (**kod: OCB10**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10+**);
 - Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**);
 - Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - wariant podstawowy (**kod: CIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB10_B**);
 - Poważne zachorowanie Małżonka - wariant podstawowy (**kod: SCIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: SCIB10_B**);
 - Poważne zachorowanie Dziecka (**kod: CCIB10**);
 - Pobyt Małżonka w szpitalu (**kod: SHDB10**);
 - Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: SAHDB10**);
 - Pobyt Dziecka w szpitalu (**kod: CHDB10**);
 - Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: CAHDB10**).
3. Zakres umów dodatkowych, którymi może zostać objęty Współubezpieczony, określony jest w art. 9 ust. 4.
4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia jest potwierdzony w polisie oraz potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.

Art. 3 UMOWY DODATKOWE

- Ubezpieczony może rozszerzyć Umowę główną o następujące Umowy dodatkowe wymienione w ustępach 2. - 35. niniejszego artykułu.
- Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: ADR10).**
 - Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
 - 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.
 - Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego

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

3. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (kod: ADT10).

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

4. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (kod: WADR10).

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

5. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu (kod: HSDR10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków, ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone:
 - i. typowym dla zawału serca bólem w klatce piersiowej, świeżymi zmianami w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzającym wystąpienie zawału serca i znaczącym podwyższeniem stężenia enzymów sercowych krwi lub
 - ii. badaniem sekcijnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - b) **„Udar mózgu”** – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych uszczerbków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 24 godziny lub w krótszym okresie jeśli w tym okresie nastąpiła śmierć Ubezpieczonego. Rozpoznanie musi zostać poparte:
 - i. świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI);
 - ii. badaniem sekcijnym lub kartą zgonu.Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: zawał mózgu, krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, której bezpośrednią przyczyną był zawał serca lub udar mózgu (definicje zawału serca i udaru mózgu znajdują się pkt.1a) oraz pkt

1b), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Śmierć Ubezpieczonego musi nastąpić jako bezpośredni rezultat wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ciągu 30 dni od postawienia diagnozy.

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

6. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDR10_A).

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

7. Umowa dodatkowa dotycząca Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem z miesięcznym świadczeniem (kod: PDR10+).

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

8. Umowa dodatkowa dotycząca Niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDW10).

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

„Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku” – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku,

trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy od zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku (zdefiniowaną w pkt 1), pod warunkiem że:
 - a) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt b).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Niezdolności do pracy nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e).

9. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: LHB10_A).

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

10. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod: LHSD10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej zastosowanie mają definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - a) **„Uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
 - b) **„Zawał serca”** - pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - c) **„Udar mózgu”**- nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, który był jedyną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia uszczerbku i miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, które spowodowały Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e) j) n).
5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu:
 - a) był spowodowany chorobą zawodową;
 - b) powstał wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń powodujących pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nie były spowodowane bezpośrednio uszczerbkiem na zdrowiu, ale powstały przy okazji jego wystąpienia.

11. Umowa dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy (kod: TPD10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:
„Niezdolność do pracy” – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy pod warunkiem, że:
 - a) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) spowodowana była Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem - trwała nieprzerwanie od momentu wystąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego w pkt b).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), j), n).
5. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek choroby, która istniała przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub wskutek, Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

12. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (kod: HDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:

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

13. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: AHDB10).

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

14. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (kod HSHDB10).

1. Do niniejszej umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - a) „**Zawał serca**” - pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - b) „**Udar mózgu**”- nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące

powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).

- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu, krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu,
 - b) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
 4. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, wskutek których Ubezpieczony przebywa w Szpitalu, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), d), e), j), n).

15. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem komunikacyjnym (kod: ATHDB10).

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

16. Umowa dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego Wypadkiem przy pracy (kod: WAHDB10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

- b) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Wypadku przy pracy.
- 3. W czasie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
- 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Wypadek przy pracy, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), c), d), e), g).

17. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka (kod: DSB10).

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

18. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SADR10).

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

19. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Małżonka spowodowanej Wypadkiem komunikacyjnym (kod: SADT10).

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

20. Umowa dodatkowa dotycząca Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SLHB10).

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

- 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek doznał Stałego lub Długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w Art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e).
- 4. Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

21. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka (kod: DPB10).

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

22. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Rodzica lub śmierci Rodzica Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: ADBP10).

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

23. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin Dziecka (kod: BCB10).

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

24. Umowa dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka (kod: DCB10).

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

25. Umowa dodatkowa dotycząca narodzin martwego Dziecka (kod: SBB10).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanemu poniżej terminowi nadano następujące znaczenie:
„Narodziny martwego Dziecka” – urodzenie się martwego Dziecka, potwierdzone urzędowym aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic Dziecka.
2. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Dziecka.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje narodziny martwego Dziecka w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 j), m).

26. Umowa dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka (kod: OCB10).

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

27. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR10+).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą;
 - b) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek, które spowodowały operację Ubezpieczonego nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n) oraz w ust. 4 i 5.

28. Umowa dodatkowa dotycząca Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR10).

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Operacja miała miejsce przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował operację Ubezpieczonego, nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), n) oraz w ust. 4 i 5 a), b), d), e).

29. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – wariant podstawowy (kod: CIB10_A) albo wariant rozszerzony (kod: CIB10_B).

1. Do niniejszej Umowy dodatkowej mają zastosowanie definicje określone w art. 1 Warunków. Ponadto podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”**- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.
W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
 - i. **grupa I** - niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, Choroba Creutzfelda-Jakoba, HIV;
 - ii. **grupa II** - zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych by-pass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty;
 - iii. **grupa III** - nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu;
 - iv. **grupa IV** - utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.
2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (kod: CIB10_A) lub wariantie rozszerzonym (kod: CIB10_B).
4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (kod: CIB10_A) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu);
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym;
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - b) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 - c) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - d) **Udar mózgu:** nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie

- musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- h) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- j) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
5. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym (**kod: CIB10_B**) obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub wykonanie w okresie udzielania ochrony ubezpiecze-

niowej zabiegu, o którym mowa w ust. 4, oraz dodatkowo następujących poważnych zachorowań lub zabiegów:

- a) **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- b) **Operacja zastawek serca:** pierwsza operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
- c) **Stwardnienie rozsiane:** zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
- d) **Ciężkie oparzenia:** oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- e) **Anemia plastyczna:** przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej na jeden z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - podawanie preparatów stymulujących szpik;
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
- f) **Schyłkowa niewydolność wątroby:** schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
 - trwała żółtaczka;
 - żylaki przełyku;
 - encefalopatia wrotna.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.
- g) **Angioplastyka tętnic wieńcowych:** pierwsze leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej.
- h) **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających

z zażycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.

i) **Choroba Parkinsona:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech z listy podstawowych potrzeb życiowych, pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania w fotelu i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

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

j) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum trzech czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania w fotelu i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

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

- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwipochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zawarcie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie przetoczenia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
- jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i musi być zgłoszone Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;

6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:

a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utra-

ty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania;

b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych - dzień zabiegu operacyjnego;

c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu;

d) w przypadku utraty mowy - ostatni dzień podanego w ust. 4 pkt j) 12-miesięcznego okresu.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), n).

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie 2 lat przed objęciem go ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w pkt. 4 i 5 niniejszego ustępu.

30. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Małżonka – wariant podstawowy (kod SCIB10_A) oraz wariant rozszerzony (kod SCIB10_B).

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

- „**Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów**”- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

I. **Grupa I** - niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, Choroba Creutzfeldta-Jakoba, HIV;

II. **Grupa II** - zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych by-pass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty;

III. **Grupa III** - nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, łagodny nowotwór mózgu;

IV. **Grupa IV** - utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Małżonka.

3. Zakres ubezpieczenia jest określony w jednym z dwóch wariantów Umowy dodatkowej: wariantie podstawowym (**kod: SCIB10_A**) lub wariantie rozszerzonym (**kod: SCIB10_B**).

4. Zakres ubezpieczenia w wariantie podstawowym (**kod: SCIB10_A**) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu określonych w art. 3 ust. 29 pkt 4 a) do j), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.

5. Zakres ubezpieczenia w wariantcie rozszerzonym (kod: **SCIB10_B**) obejmuje wystąpienie u Małżonka jednego z poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegów określonych w art. 3 ust. 29 pkt 4 a) do j) oraz art. 3 ust. 29 pkt 5 a) do k), w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
6. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastykowej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV - dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania;
 - b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych - dzień zabiegu operacyjnego;
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów - dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu;
 - d) w przypadku utraty mowy - ostatni dzień podanego w art. 3 ust. 29 pkt 4 j), 12-miesięcznego okresu.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), n).
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Małżonka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Małżonkowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed objęciem go ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Małżonka ubezpieczeniem.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Małżonek w sposób zawiniony nie wykonał obowiązku niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w art. 3 ust 29 p. 4 i 5.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do poważnego zachorowania Małżonka.

31. Umowa dodatkowa dotycząca Poważnego zachorowania Dziecka (kod: CCIB10).

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

„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”- grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej. W ramach poszczególnych grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

 - I. **Grupa I** - niewydolność nerek, przeszczep narządów, cukrzyca wymagająca leczenia insuliną, sepsa;
 - II. **Grupa II** - bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu, inwazyjne zakażenie pneumokokowe;
 - III. **Grupa III** - nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu;

2. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka jednego z następujących poważnych zachorowań lub wykonanie zabiegu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (nieprzekraczający torebki gruczołu);
 - wszelkie nowotwory skóry w wyjątku czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1b N0 M0 lub wyższym;
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - b) **Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu:** rozpoznana na podstawie następujących kryteriów: nagły atak astmy o ciężkim przebiegu, którego opanowanie w opinii specjalisty pediatrii wymagało hospitalizacji i mechanicznej wentylacji (np. przy użyciu respiratora) przez okres co najmniej 4 godzin lub stwierdzenie co najmniej trzech z następujących objawów przewlekłej astmy o ciężkim przebiegu:
 - konieczność codziennego przewlekłego stosowania doustnych kortykosteroidów przez okres co najmniej 6 miesięcy, zgodnie z zaleceniem specjalisty pediatrii;
 - stwierdzenie zniekształcenia klatki piersiowej pod postacią bruzdy Harrisona potwierdzone przez specjalistę pediatrię;
 - znaczące upośledzenie wzrostu, które w opinii specjalisty pediatrii jest spowodowane astmą (dla celów niniejszej definicji znaczące upośledzenie wzrostu oznacza wzrost dziecka poniżej trzeciego centyla odpowiednio dla wieku i płci dziecka, w przypadku gdy podczas poprzedniej oceny rozwoju dziecka w wieku co najmniej jednego roku stwierdzano wzrost mieszczący się w przedziale piątego centyla lub wyższym odpowiednio do wieku i płci dziecka);
 - konieczność przeciętnie co najmniej trzech hospitalizacji na rok w ciągu ostatnich dwóch lat spowodowana ostrymi atakami astmy; za hospitalizację uważa się pobyt w szpitalu trwający co najmniej 2 doby i będący skutkiem skierowania przez specjalistę pediatrię;
 - znaczące i utrzymujące się ograniczenie szczytowego przepływu wydechowego (peak expiratory flow, PEF) określone dla potrzeb tej definicji jako mniej niż 80% tego wskaźnika dla dziecka w tym samym wieku, w tej samej płci i budowie ciała w trakcie leczenia przeciwastmatycznego zaleconego przez specjalistę pediatrię stwierdzone na podstawie co najmniej czterech oznaczeń tego wskaźnika wykonywanych nie częściej niż raz na miesiąc w ciągu ostatniego roku; wymagane jest potwierdzenie przez leczącego pediatrę optymalnego stosowania się do zaleconego leczenia.
 - c) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych:** potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

- d) **Zapalenie mózgu o ciężkim przebiegu:** zapalenie mózgu (półkul, pnia lub mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące istotny i trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
- e) **Łagodny nowotwór mózgu:** wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
- f) **Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną:** przypadki cukrzycy, w których leczenie insuliną jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i w których leczenie insuliną jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza endokrynologa.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
- h) **Przeszczep narządu:** przeszczepienie Dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroby, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
- i) **Sepsa (sepsis):** zespół uogólnionej reakcji zapalnej (systemic inflammatory response syndrome) spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną i charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi oraz prowadzącą do niewydolności narządowej. Ubezpieczenie obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego. Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na przyspieszenie czynności serca, takich jak ból lub działanie leków bądź niewytłumaczone innymi przyczynami przyspieszenie czynności serca trwające od 30 minut do 4 godzin; w przypadku dzieci także częstość tętna mieszcząca się w przedziale poniżej 10 percentyla dla danego wieku przy braku innych czynników wpływających na obniżenie czynności serca, w szczególności leków (beta-blokerów) lub wrodzonej wady serca bądź niewytłumaczone innymi przyczynami zwolnienie czynności serca trwające ponad 30 minut;
 - temperatura ciała zmierzona w jamie ustnej, odbytnicy lub w dużej żyły powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C;
 - przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków;
 - liczba krwinek białych wychodząca poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku niewynikająca ze stosowania

chemioterapii lub zawartości form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z ośrodka prowadzącego leczenie.

- j) **Inwazyjne zakażenie pneumokokowe:** zakażenie bakteriami *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami odpowiednich badań medycznych, w tym bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel przyjmuje:
- a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, astmy (dychawicy oskrzelowej), bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu o ciężkim przebiegu, łagodnego nowotworu mózgu, niewydolności nerek, sepsy, inwazyjnego zakażenia pneumokokowego - dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny;
 - b) w przypadku cukrzycy wymagającej leczenia insuliną – 181 dzień po rozpoczęciu leczenia insuliną zaleconego przez Lekarza;
 - c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust 1, 2, 3 a), b), d), e), n). Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło w bezpośrednim następstwie zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie 2 lat przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Dziecka ubezpieczeniem.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony nie dopełnił obowiązku niezwłocznego poddania opiece lekarskiej Dziecka i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu zmniejszenia skutków zaistniałych zdarzeń określonych w art. 3 ust 31. p. 3 i miało to wpływ na ustalenie stanu zaawansowania Poważnego zachorowania lub pogorszenie stanu zdrowia Dziecka.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony w sposób zawiniony przyczynił się do powstania Poważnego zachorowania Dziecka.

32. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w Szpitalu (kod: SHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:

- a) Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany chorobą;
 - b) Pobyt Małżonka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Pobyt Małżonka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.
3. W czasie Pobytu Małżonka w szpitalu, Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
- a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek bądź Choroba, w wyniku której Małżonek przebywał w szpitalu nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

33. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Małżonka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, (kod: SAHDB10).

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

34. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu (kod: CHDB10).

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 6. miesiąc życia i nie ukończyło 18. roku życia, bądź nie ukończyło jeszcze nauki w szkole lub w szkole wyższej (potwierdzonej ważną legitymacją szkolną bądź studencką), jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Dziecko 25. roku życia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń, które miały miejsce w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej:
 - a) Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany chorobą;
 - b) Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) pobyt Dziecka na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia.

3. W czasie Pobytu Dziecka w szpitalu Ubezpieczony musi być nieprzerwanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Spełnienie powyższego warunku nie jest konieczne, gdy przed zakończeniem Pobytu w szpitalu:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa, którą był objęty Ubezpieczony, wygasła z powodu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
 - b) Umowa dodatkowa wygasła.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Pobyt Dziecka w szpitalu, nastąpiły w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela podanych w art. 4 ust. 1, 2, 3 a), b), c), d), e), j), k), n), o) oraz ust. 4.

35. Umowa dodatkowa dotycząca Pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem (kod: CAHDB10).

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

Art. 4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynikające z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych zostało spowodowane lub zaszło w następnym:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) aktów terroryzmu;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia wynikającego z zakresu umowy głównej i wszystkich umów dodatkowych:
 - a) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce po dniu wymagalności składki, jeśli do tego dnia składka całkowita nie została opłacona w pełnej wysokości oraz jeżeli wszystkie wymagalne wcześniej składki całkowite nie zostały opłacone w pełnej

- wysokości. Świadczenie zostanie jednak wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 14 dni od dnia wymagalności składki i w okresie tych 14 dni wszystkie wymagane składki całkowite zostaną opłacone w pełnej wysokości;
- b) jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie zawieszenia opłacania składki lub w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- c) w przypadku samobójstwa w okresie dwóch lat od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- b) udziału przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych (w rozumieniu niniejszych warunków za udział w sportach motorowych rozumiane jest również prowadzenie quadów), lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie oraz udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych;
- c) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, a która nie była do tego uprawniona, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
- d) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- e) usiłowania popełnienia przestępstwa przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia lub popełnienia przez nią przestępstwa z winy umyślnej;
- f) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- g) postępowania przez osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań przez pracodawcę;
- h) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich, licencjonowanych linii lotniczych;
- i) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich;
- j) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- k) zdarzenia, w którym osoba, której zdarzenie dotyczy, uczestniczyła jako dawca narządów lub tkanek;
- l) choroby wrodzonej lub dziedzicznej Dziecka;
- m) poronienia rozumianego jako wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży;
- n) usiłowania popełnienia samobójstwa;
- o) skutków chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
- b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
- c) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem;
- d) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS;
- e) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
- f) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;
- g) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek);
- h) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy;
- i) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna.
5. O ile Umowa dodatkowa tak stanowi, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji:
- a) której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku do Warunków;
- b) jeżeli powodem Operacji było nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo jeżeli Ubezpieczony poddał się Operacji przeprowadzonej poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- c) jeżeli Operacja związana była z chorobami lub obrażeniami ciała istniejącymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- d) operacja została przeprowadzona po 30. dniu licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- e) jeżeli Ubezpieczony zmarł w czasie Operacji.
6. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka lub Dziecka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia jeżeli Uprawniony do świadczenia przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub osoby której życie lub zdrowie było objęte ochroną ubezpieczeniową.

Art. 5 KARENCA

1. W stosunku do Pracownika przystępującego do umowy głównej później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
- b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem, którego, Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja.
2. W czasie karencji opisanej w ust. 1 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (kod: HDB10), 14 (kod: HSHDB10), 27 (kod: MSR10+), 32 (kod: SHDB10), 34 (kod: CHDB10) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
- b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dwumiesięczna karencja.
4. Dodatkowo w przypadku przystąpienia do umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (kod: CIB10_A oraz CIB10_B), 30

- (**kod: SCIB_A** oraz **SCIB10_B**) oraz 31 (**kod: CCIB10**), w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia nie później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia, rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego, Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, ma zastosowanie trzymiesięczna karencja, która stosowana jest wyłącznie do następujących poważnych zachorowań:
 - a) nowotwór (guz) złośliwy,
 - b) łagodny nowotwór mózgu.
5. Karencje, o których mowa w ust. 3 i 4, zostaje zniesiona, jeżeli Pracownik z dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową spełnia łącznie następujące warunki:
- a) przed przystąpieniem do ubezpieczenia Pracownik był objęty przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie umowy ubezpieczenia na życie przez inny zakład ubezpieczeń, w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu określonych umów dodatkowych;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez inny zakład ubezpieczeń w takim samym lub zbliżonym zakresie, w jakim udzielana jest ochrona z tytułu wskazanych Umów dodatkowych, wygasła w stosunku do tych Pracowników nie wcześniej niż 30 dnia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową.
6. W przypadku osób, o których mowa w ust. 5, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**) w okresie dwóch miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 29 (**kod: CIB10_A** oraz **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB_A** oraz **SCIB10_B**) oraz 31 (**kod: CCIB10**) w okresie trzech miesięcy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 110% świadczenia wynikającego z oświadczenia, o którym mowa w ust. 8 nie wyższe jednak niż określone w art. 32, art. 34, art. 40, art. 41, art. 42 i art. 43.
7. Warunkiem zastosowania zasad opisanych w ust. 6 jest przekazanie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, informacji, z której wynika że:
- a) Pracownicy byli objęci przez okres co najmniej trzech miesięcy ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez inny zakład ubezpieczeń na podstawie zawartej z Ubezpieczającym umowy grupowego ubezpieczenia na życie;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do tych Pracowników wygasła nie wcześniej niż 30 dnia przed wskazanym dniem objęcia ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do tej osoby.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trzech miesięcy od dnia objęcia ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony spełniający kryteria, o których mowa w ust. 5, ma obowiązek dostarczyć wraz z dokumentami niezbędnymi do wypłaty świadczenia, o którym mowa w polisie, oświadczenie zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 7. Oświadczenie to musi zawierać następujące informacje:
- a) listę zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi był objęty Ubezpieczony lub Współubebezpieczony wraz z wysokością odpowiadających im sum ubezpieczenia aktualnych na ostatni dzień ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubebezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń wydający oświadczenie;
 - b) datę początku i końca okresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu lub Współubebezpieczonemu.
9. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 5 (**kod: HSDR10**), 10 (**kod: LHSD10**), 11 (**kod: TPD10**), 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 17(**kod: DSB10**), 21 (**kod: DPB10**), 24 (**kod: DCB10**), 25 (**kod: SBB10**), 26 (**kod: OCB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 29 (**kod: CIB10_A** i **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB_A** i **SCIB_B**), 31 (**kod: CCIB10**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie sześciomiesięczna karencja z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku Umowy dodatkowej określonej w art. 3 ust. 23 (**kod: BCB10**) w stosunku do Pracownika przystępującego do ubezpieczenia później niż następnego dnia po upływie jednego miesiąca:
- a) od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności lub
 - b) od dnia rozpoczynającego okres rozliczeniowy, przed rozpoczęciem którego Pracownik spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu ma zastosowanie dziewięciomiesięczna karencja.
11. W czasie karencji wymienionych w ust. 3, 4, 9 Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących przedmiotem zakresów poszczególnych Umów dodatkowych, które są spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.
12. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji, o której mowa w ust. 7, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, lub jeżeli Ubezpieczony lub Współubebezpieczony, o którym mowa, w ust. 5, nie doręczy Ubezpieczycielowi oryginału oświadczenia, o którym mowa w ust. 8, w stosunku do Ubezpieczonego lub Współubebezpieczonego stosuje się ust. 3, 4 i 11.

Art. 6 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego za zgodą Pracowników przystępujących do ubezpieczenia w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Umowy dodatkowe mogą być zawarte jednocześnie z umową główną albo w czasie jej trwania, w rocznicę polisy.
3. Zawarcie Umowy dodatkowej następuje za zgodą Ubezpieczyciela na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w czasie trwania umowy głównej wniosek należy złożyć nie później niż na 45 dni przed rocznicą polisy.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy głównej lub Umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Umowę główną zawiera się na czas nieokreślony.
6. Umowy dodatkowe zawiera się na czas jednego roku polisowego. Umowy dodatkowe mogą być przedłużane na kolejny rok zgodnie z postanowieniami ust. 7.
7. Po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego nowej wysokości składki podstawowej na zasadach określonych w art. 15 ust. 1 następuje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia oraz odpowiedzialności Ubezpieczyciela z ich tytułu na kolejny rok polisowy. Jeżeli Ubezpieczyciel przed rocznicą nie przekaze Ubezpieczającemu informacji o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym, umowa główna zostaje przedłużona na niezmienionych warunkach, natomiast Umowy dodatkowe rozwiązują się z upływem okresu, na jaki zostały zawarte.
8. Przedłużenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 7, nie dotyczy tych Ubezpieczonych lub Współubebezpieczonych, którzy nie wyrazili zgody na zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w następnym roku polisowym.

9. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Ubezpieczeni mogą być podzieleni na podgrupy.
10. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta poprzez wybranie jednego z oferowanych przez Ubezpieczyciela pakietów. Ubezpieczający wybiera jeden z pakietów oferowanych przez Ubezpieczyciela o określonym zakresie ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych pakietem.
11. Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonych, Współubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia w przypadku braku zgody wszystkich Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych lub ograniczyć wprowadzenie zmiany tylko do Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, którzy wyrazili na nią zgodę.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, Ubezpieczający zobowiązany jest każdorazowo w formie oświadczenia potwierdzić Ubezpieczycielowi uzyskanie zgody Ubezpieczonych i Współubezpieczonych na zmianę umowy ubezpieczenia.
13. Zmiana, o której mowa w ust. 11, wiąże Ubezpieczającego, jeżeli został mu doręczony nowy tekst Warunków, a Ubezpieczający nie wypowiedział Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków.

ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Art. 7 ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

Art. 8 ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY

1. Ubezpieczony, Współubezpieczony, Małżonek, Dziecko, Rodzice Ubezpieczonego, Rodzice Małżonka są objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia przez całą dobę, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 27 (**kod: MSR10+**) oraz ust. 28 (**kod: MSR10**) zakres ubezpieczenia obejmuje Operacje przeprowadzone w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. W przypadku umów dodatkowych określonych w art. 3 ust. 12 (**kod: HDB10**), 13 (**kod: AHDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 15 (**kod: ATHDB10**), 16 (**kod: WAHDB10**), 32 (**kod: SHDB10**), 33 (**kod: SAHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**), 35 (**kod: CAHDB10**) zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych krajów Unii Europejskiej.

Art. 9 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem uczestnictwa w ubezpieczeniu jest spełnianie przez Właściciela lub osobę pozostającą z Ubezpieczającym w stosun-

ku prawnym następujących kryteriów (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu):

- a) ukończenie 15 lat i nieukończenie 65 lat, z zastrzeżeniem art. 47 ust. 3;
- b) spełnienie innych kryteriów ustalonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, określonych w polisie, w szczególności kryteriów przynależności do podgrupy.
2. Na warunkach opisanych w ust. 1 do ubezpieczenia mogą przystąpić obok Ubezpieczonego także Współubezpieczeni, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Za datę spełnienia kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu (dalej: kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu) dla Współubezpieczonego rozumie się późniejszą z dat:
 - a. data zawarcia związku małżeńskiego - w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Małżonka,
 - b. data ukończenia 18. roku życia - w przypadku przystępowania do ubezpieczenia pełnoletniego Dziecka,
 - c. złożenia odpowiedniego oświadczenia w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Konkubenta, a datą spełnienia kryterium uczestnictwa w ubezpieczeniu Ubezpieczonego.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa zakres ochrony w stosunku do Współubezpieczonych może obejmować co najwyżej następujące zdarzenia ubezpieczeniowe oferowane w postaci Umów dodatkowych:
 - a) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**);
 - b) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT10**);
 - c) Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy (**kod: WADR10**);
 - d) Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSDR10**);
 - e) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDR10_A**);
 - f) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem (z miesięcznym świadczeniem) (**kod: PDR10+**);
 - g) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
 - h) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: LHB10_A**);
 - i) Stały lub Długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
 - j) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD10**);
 - k) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB10**);
 - l) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB10**);
 - m) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: HSHDB10**);
 - n) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB10**);
 - o) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**);
 - p) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10+**);
 - q) Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**);
 - r) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - wariant podstawowy (**kod: CIB10_A**) lub wariant rozszerzony (**kod: CIB10_B**).
5. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia i przekazanie go za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, wymaga akceptacji Ubezpieczyciela.
7. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować

- przystąpienie do ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucić wniosek.
8. Warunkiem akceptacji wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia może być dostarczenie 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.
 9. 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. 11 ust. 9.
 10. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęty Pracownik obecny w miejscu pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz Pracownik przebywający na urlopie wypoczynkowym lub w podróży służbowej, chyba że strony ustaliły inaczej. Pracownik, który spełnił kryteria uczestnictwa w ubezpieczeniu, nieobecny w pracy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia z przyczyn innych niż wymienione w zdaniu pierwszym od dnia objęcia ubezpieczeniem do dnia powrotu do pracy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci spowodowanej Niez szczęśliwym wypadkiem.
 11. Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Pracownika ubezpieczeniem poprzez wystawienie i dostarczenie Pracownikowi za pośrednictwem Ubezpieczającego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
 12. Ubezpieczony ma prawo wskazać tylko jedną osobę jako Konkubenta. Wskazanie Małżonka wyklucza możliwość wskazania Konkubenta, zaś wskazanie Konkubenta wyklucza możliwość objęcia ochroną Małżonka.
 13. Ubezpieczony ma prawo do zmiany osoby wskazanej w oświadczeniu jako Konkubent wyłącznie w rocznicę polisy.

Art. 10 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w art. 2 ust. 1, 2 i 3, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do 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.
5. Ubezpieczyciel na żądanie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest zobowiązany do przekazania informacji określonych w ust. 3 i 4. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu na jego żądanie wymaganych informacji zmiana warunków umowy ubezpieczenia lub prawa wła-

- ściwego 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.
6. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu raz w roku, za pośrednictwem Ubezpieczającego, aktualnego potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dostarczenia Ubezpieczającemu wszelkich formularzy, które mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia.
8. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokowania każdej wpłaconej składki dodatkowej do funduszu kapitałowego na zasadach określonych w art. 19.
9. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do dokonywania wyceny jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu i do niezwłocznego ogłaszania cen dopisania i umorzenia cen jednostek uczestnictwa w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim.

Art. 11 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO

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, Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu aktualnego tekstu Warunków.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony lub Współubezpieczony mają obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są przez Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, którego doznał Ubezpieczony lub Współubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu informacji określonych w art. 10 ust. 3 i 4 pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób zwyczajowo przyjęty u danego Ubezpieczającego:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia - w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3;
 - b) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela - w przypadku informacji, o których mowa w art. 10 ust. 4.
5. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu informacji, o których mowa w art. 10 ust. 3 i 4, zgodnie z ust. 3 powyżej Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu potwierdzenia uczestnictwa w ubezpieczeniu, o którym mowa w art. 10 ust. 6.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani do podania zgodnie z prawdą do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia albo w innych dokumentach, przed objęciem Ubezpieczonego i Współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
8. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 6 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
9. Ubezpieczony jest zobowiązany do uzyskania zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia odpowiednio Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Pełnoletniego Dziecka oraz do poinformowania ich o sumach ubezpieczenia wynikających z wybranych przez Ubezpieczonego Umów dodatkowych.

10. Ubezpieczający jest zobowiązany najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego przekazać Ubezpieczycielowi pełne informacje dotyczące Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, osób zgłaszających przystąpienie do ubezpieczenia, osób, w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, oraz osób, w stosunku do których składka podstawowa ulega zawieszeniu, w formie pisemnej i na nośniku elektronicznym, którego format określony jest przez Ubezpieczyciela.
11. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić objęcia ubezpieczeniem w bieżącym okresie rozliczeniowym Pracownika, o którego przystąpieniu do ubezpieczenia został poinformowany niezgodnie z zasadami określonymi w ust. 9, o czym niezwłocznie powiadomi Ubezpieczającego.
12. Ewentualne informacje o proponowanych zmianach w umowie ubezpieczenia na kolejny rok polisowy Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego roku polisowego. Oświadczenie Ubezpieczyciela o akceptacji lub odrzuceniu proponowanych zmian w umowie ubezpieczenia zostanie przekazane Ubezpieczającemu najpóźniej na 14 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel może uzależnić akceptację proponowanych zmian od wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
13. Wszelkie informacje wymagające formy pisemnej powinny być przekazywane na formularzach Ubezpieczyciela, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczającemu tych formularzy przez Ubezpieczyciela.

SKŁADKA

Art. 12 WYSOKOŚĆ SKŁADKI

1. Składka podstawowa jest określona na okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela (rok polisowy). Wysokość składki podstawowej obowiązująca w pierwszym roku polisowym ustalana jest przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-4, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Składka podstawowa jest określana jako przypadająca na jednego Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego część łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczonego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4.
3. Części łącznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej przypadające na jednego Ubezpieczonego albo Współubezpieczonego są jednakowe:
 - a) dla wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych;
 - b) dla Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych należących do tej samej podgrupy.
4. Łączny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, przed rocznicą polisy oraz w okolicznościach wskazanych w art. 15 ust. 3 i zależy od:
 - a) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - b) zakresu umów dodatkowych;
 - c) częstotliwości opłacania składek;
 - d) wieku i płci osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - e) stopnia ryzyka wynikającego z dokumentów dotyczących stanu zdrowia Pracowników;
 - f) liczby Pracowników przystępujących do ubezpieczenia.
5. W szczególnym przypadku, jeżeli czynności związane z zawarciem lub obsługą umowy ubezpieczenia odbiegają od standardowych czynności dokonywanych przez Ubezpieczyciela w związku z oferowaniem umów Planu ubezpieczeniowego z funduszem kapitałowym „Razem w ING” lub jeżeli ryzyko ubezpieczeniowe odbiega od „standardowego ryzyka ubezpieczeniowego właściwego dla takich umów, składka podstawowa może zostać ustalona w sposób odbiegający od zasad określonych w ust. 2-4.
6. Wysokość składki całkowitej obliczana jest na każdy okres rozliczeniowy na podstawie aktualnej liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych oraz informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.

7. W razie nie doręczenia przez Ubezpieczającego informacji, o których mowa w art. 11 ust. 9, Ubezpieczyciel oblicza składkę całkowitą, którą Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić, na podstawie liczby Ubezpieczonych i Współubezpieczonych wynikającej z ostatnio przekazanych Ubezpieczycielowi informacji.
8. Ubezpieczyciel oblicza wysokość składki całkowitej oraz na prośbę Ubezpieczającego wysyła do niego odpowiednią fakturę VAT najpóźniej na 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego.
9. Wysokość składki podstawowej jest określona w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu i nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli limitów i opłat. Minimalna wysokość składki podstawowej uzależniona jest od częstotliwości opłacania składki.
10. Wysokość składki podstawowej może zostać określona odrębnie dla każdej podgrupy.
11. Składka podstawowa może być finansowana ze środków Ubezpieczającego.

Art. 13 SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający może dokonać wyboru opcji inwestycyjnej, pod warunkiem że składka całkowita jest opłacana na bieżąco. Oświadczenie o wyborze opcji inwestycyjnej może być złożone Ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia lub w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia i podlega opłacie za aktywację opcji inwestycyjnej określonej w art. 23. Oświadczenie złożone w trakcie trwania umowy ubezpieczenia staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po dniu otrzymania oświadczenia, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego.
2. Wysokość składki dodatkowej regularnej jest ustalana z chwilą dokonania wyboru opcji inwestycyjnej i może być zmieniana w każdą rocznicę polisy. Wysokość składki dodatkowej regularnej jest ustalana jako wielokrotność kwoty określonej w Tabeli limitów i opłat i nie może być niższa od minimalnej wysokości składki dodatkowej regularnej określonej w Tabeli limitów i opłat. Składka dodatkowa regularna jest opłacana łącznie ze składką podstawową, z częstotliwością przyjętą dla opłacania składki podstawowej.
3. Uzgodniona wysokość składki dodatkowej regularnej określona jest w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
4. W przypadku wpłaty składki dodatkowej nieregularnej, jej wysokość stanowi wielokrotność kwoty określonej w Tabeli limitów i opłat i nie może być niższa od minimalnej wysokości składki dodatkowej nieregularnej, określonej w Tabeli limitów i opłat. Składka dodatkowa nieregularna może być wpłacana tylko łącznie ze składką podstawową.
5. Składka dodatkowa regularna i składka dodatkowa nieregularna są opłacane przez Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o rezygnacji z opcji inwestycyjnej w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia. Oświadczenie staje się skuteczne z pierwszym dniem najbliższego okresu rozliczeniowego lub z dniem najbliższej rocznicy polisy, pod warunkiem złożenia tego oświadczenia nie później niż na 14 dni przed końcem poprzedniego okresu rozliczeniowego lub przed rocznicą polisy. Rezygnacja z opcji inwestycyjnej w terminie innym niż rocznica polisy podlega opłacie za dezaktywację opcji inwestycyjnej określonej w art. 23. ust. 2.

Art. 14 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita może być opłacana z częstotliwością:
 - a) miesięczną;
 - b) kwartalną;
 - c) półroczną;
 - d) roczną.
2. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania

składki całkowitej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy na wniosek Ubezpieczającego, z zachowaniem zasad określonych w art. 11 ust. 11.

3. Częstotliwość opłacania składki całkowitej jest określona w polisie.
4. Składka całkowita powinna zostać opłacona z góry za każdy okres rozliczeniowy najpóźniej w dniu wymagalności składki. Za datę opłacenia składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela kwotą składki całkowitej w pełnej wysokości.

Art. 15 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI.

1. Na 14 dni przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel przekaże Ubezpieczającemu informację o wysokości składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym obliczoną w oparciu o aktualne dane, o których mowa w art. 12 ust. 4. Na wniosek Ubezpieczającego złożony przed rocznicą polisy Ubezpieczyciel może zaproponować inną wysokość składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym. Wysokość składki podstawowej obowiązującej w najbliższym roku polisowym uważa się za zaakceptowaną przez Ubezpieczającego, jeżeli Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia przed rocznicą umowy.
2. Niezależnie od trybu zmiany składki określonego w ust. 1 w każdą rocznicę polisy wysokość składki podstawowej może ulec zmianie w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 11 ust. 11.
3. W przypadku zmiany w trakcie roku polisowego średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych co najmniej o 2 lata Ubezpieczyciel ma prawo do ponownego określenia wysokości składki podstawowej zgodnie z zasadami określonymi w art. 12.
4. W celu obliczenia średniego wieku Ubezpieczonych i Współubezpieczonych dla potrzeb sprawdzenia, czy zachodzą przesłanki do ponownego określenia wysokości składki podstawowej wskazane w ust. 3, za wiek Ubezpieczonego i Współubezpieczonego przyjmuje się różnicę między rokiem, w którym następuje obliczanie średniego wieku Ubezpieczonych, a rokiem urodzenia tego Ubezpieczonego.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od najbliższego okresu rozliczeniowego następującego po przekazaniu Ubezpieczającemu pisemnej informacji o zmianie wysokości składki podstawowej, pod warunkiem że Ubezpieczający nie wypowie umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania tej informacji.
6. Składka podstawowa obowiązująca w najbliższym roku polisowym, o której mowa w ust. 1, oraz ustalona ponownie przez Ubezpieczyciela w trakcie roku polisowego w okolicznościach wskazanych w ust. 3 zachowuje dotychczasową wysokość, jeżeli różnica pomiędzy dotychczasową i nową wysokością składki ustaloną zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 wynosi nie więcej niż 3%.
7. Zmiana wysokości składki podstawowej w trybie określonym w ust. 3 nie powoduje zmiany wysokości składki dodatkowej regularnej.
8. Wysokość składki dodatkowej może ulec zmianie w każdą rocznicę polisy w wyniku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela zmian zaproponowanych przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami określonymi w art. 11 ust. 11.

Art. 16 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

1. Ubezpieczającemu za zgodą Ubezpieczyciela przysługuje prawo zawieszenia opłacania części składek podstawowych w każdym momencie oraz, począwszy od pierwszej rocznicy polisy, również składki całkowitej poprzez złożenie wniosku w terminie określonym w art. 11 ust. 12.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, musi zawierać wskazanie okresu rozliczeniowego, od którego liczy się okres zawieszenia opłacania składki.
3. W okresie zawieszenia opłacania składki Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej osobie, której zawieszenie dotyczy, a za którą składka podstawowa nie jest opłacana. Ponowne objęcie ubezpieczeniem może być uzależnione od dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Opłacanie składki całkowitej może być zawieszono na nie więcej niż jeden rok.
5. Opłacanie składki podstawowej może być zawieszono na nie więcej niż jeden rok. Jednakże wznowienie opłacania tej składki nie może nastąpić wcześniej niż w dniu określonym przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.
6. W przypadku gdy okres zawieszenia opłacania składki przekracza 3 miesiące, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych określonych w art. 3 w ust.: 5 (**kod: HSDR10**), 10 (**kod: LHSD10**), 11 (**kod: TPD10**), 12 (**kod: HDB10**), 14 (**kod: HSHDB10**), 17 (**kod: DSB10**), 21 (**kod: DPB10**), 24 (**kod: DCB10**), 25 (**kod: SBB10**), 26 (**kod: OCB10**), 27 (**kod: MSR10+**), 29 (**kod: CIB10_A** oraz **CIB10_B**), 30 (**kod: SCIB10_A** oraz **SCIB10_B**), 31 (**kod: CCIB10**), 32 (**kod: SHDB10**), 34 (**kod: CHDB10**), o ile umowa ubezpieczenia zawiera te Umowy dodatkowe zostanie przywrócona po upływie 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego. W tym czasie Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych zakresem wymienionych umów dodatkowych wyłącznie jeżeli zaszły one wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. W przypadku Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka (**kod: BCB10**) ochrona ubezpieczeniowa po zawieszeniu opłacania składki zostanie wznowiona po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił ponownie składkę podstawową należną za danego Ubezpieczonego.
8. Zawieszenie opłacania składki całkowitej lub podstawowej następuje, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego, po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczającego przez Ubezpieczyciela.
9. W okresie zawieszenia opłacania składki całkowitej lub składki podstawowej należnej za Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego Ubezpieczony lub odpowiednio Współubezpieczony zachowują prawo do dokonania wypłaty wartości funduszu kapitałowego.

Art. 17 SUMA UBEZPIECZENIA

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

FUNDUSZE KAPITAŁOWE

ART. 18 RODZAJE I CEL UBEZPIECZENIOWYCH 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 zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa.
5. W przypadku wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony, w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia wybiera fundusz kapitałowy, do którego będą alokowane składki dodatkowe.
6. Fundusz kapitałowy właściwy dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jest określony w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
7. Rodzaje funduszy kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela oraz ich polityka inwestycyjna określone są w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz regulaminie lokowania środków.

ART. 19 ALOKACJA SKŁADEK

1. Po zaksięgowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty składki dodatkowej na koncie danej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel dopisze do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia składki dodatkowej, z zastrzeżeniem art. 23 ust. 1, przez cenę dopisania jednostki uczestnictwa wybranego funduszu kapitałowego z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaksięgowania wpłaty składki dodatkowej przez Ubezpieczyciela, jednak nie wcześniej niż pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który należna jest dana składka całkowita. Zaksięgowanie składki na koncie danej umowy ubezpieczenia następuje nie później, niż drugiego dnia roboczego po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Ubezpieczyciela składką całkowitą.
2. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do indywidualnego rachunku jednostek uczestnictwa jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.
3. Wskazanie funduszu kapitałowego, do którego mają być alokowane składki dodatkowe, następuje w momencie dokonania wyboru opcji inwestycyjnej.
4. Składka dodatkowa nieregularna jest alokowana do tego samego funduszu kapitałowego, do którego alokowana jest składka dodatkowa regularna.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie trwania umowy ubezpieczenia do zmiany funduszu kapitałowego, do którego alokowana jest składka dodatkowa, poprzez złożenie wniosku o zmianę funduszu kapitałowego.
6. Zmiana, o której mowa w ust. 5, pociąga za sobą umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa dotychczasowego funduszu kapitałowego zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa oraz dopisanie do nowo wybranego funduszu kapitałowego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa reprezentujących udział w jego aktywach o takiej samej wartości.
7. Przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie umorzenia jednostki uczestnictwa właściwej dla każdego z funduszy kapitałowych, między którymi dokonywane jest przeniesienie. Cena umorzenia, po której odbywa się przeniesienie, jest ustalana podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o zmianę funduszu kapitałowego. Wniosek o zmianę funduszu kapitałowego zostanie zarejestrowany najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania go przez Ubezpieczyciela.
8. Zmiana, o której mowa w ust. 5, staje się skuteczna, począwszy od najbliższego okresu rozliczeniowego lub najbliższej rocznicy polisy następujących po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela wnio-

sku o zmianę funduszu kapitałowego, pod warunkiem przekazania go Ubezpieczycielowi najpóźniej na 14 dni przed początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego lub kolejnej rocznicy polisy. Zmiana dokonana w terminie innym niż rocznica polisy podlega opłacie za zmianę funduszu kapitałowego, o której mowa w art. 23 ust. 5.

ART. 20 WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Ubezpieczyciel dokonuje wyceny wartości aktywów funduszy kapitałowych w celu określenia ceny dopisania i ceny umorzenia jednostek uczestnictwa, nie rzadziej niż raz w miesiącu kalendarzowym.
2. Ubezpieczyciel ma prawo odjęcia z wartości aktywów funduszy kapitałowych wszystkich kosztów bezpośrednio związanych z zakupem i sprzedażą aktywów oraz obsługą funduszy kapitałowych.
3. Ubezpieczyciel ma prawo pomniejszania wartości aktywów funduszu kapitałowego z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na aktywach funduszu kapitałowego lub z tytułu innych obciążeń publicznie - prawnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

ART. 21 WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Cenę umorzenia 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 dopisania a ceną umorzenia jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny dopisania.

ART. 22 WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

1. Ubezpieczony lub Współubezpieczony może w dowolnym momencie dokonać wypłaty wartości funduszu kapitałowego.
2. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wartość funduszu kapitałowego zostanie wypłacona w całości bez względu na jej wysokość.
3. Wypłata wartości funduszu kapitałowego nie może być niższa od minimalnej wysokości wypłaty wartości funduszu kapitałowego, która jest określona w Tabeli limitów i opłat, z zastrzeżeniem ust. 2.
4. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego podstawą obliczania wartości funduszu kapitałowego jest cena umorzenia jednostki uczestnictwa ustalona podczas najbliższej wyceny jednostki 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.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty wartości funduszu kapitałowego nie później niż w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę wartości funduszu kapitałowego oraz innych niezbędnych dokumentów.
6. Wypłata wartości funduszu kapitałowego podlega opłacie określonej w art. 23 ust. 4.
7. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego następującej po dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej nie pobiera się opłaty, o której mowa w ust. 6.

ART. 23 OPŁATY

1. W przypadku dokonania wyboru opcji inwestycyjnej Ubezpieczyciel pobierze z pierwszej wpłaconej składki dodatkowej regularnej opłatę za aktywację opcji inwestycyjnej w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
2. W przypadku dokonania rezygnacji z opcji inwestycyjnej w terminie innym niż w rocznicę polisy Ubezpieczyciel pobierze

- z wartości funduszu kapitałowego opłatę za dezaktywację opcji inwestycyjnej w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
3. Z tytułu zarządzania funduszem kapitałowym Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę, która jest pobierana w każdym dniu wyceny wartości aktywów danego funduszu kapitałowego proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres, który upłynął od dnia poprzedniej wyceny aktywów tego funduszu kapitałowego. Opłata ta jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu kapitałowego w wysokości wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
 4. W przypadku wypłaty wartości funduszu kapitałowego pobierana jest opłata za wypłatę wartości funduszu kapitałowego w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat.
 5. W przypadku zmiany funduszu kapitałowego w terminie innym niż w rocznicę polisy pobiera się opłatę za zmianę funduszu kapitałowego w wysokości określonej w Tabeli limitów i opłat. Opłata ta jest pobierana z wartości jednostek uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek uczestnictwa przenoszonej do nowo wybranego funduszu kapitałowego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

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

7. Do wypłaty świadczenia z tytułu umów zawartych na rzecz Współubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 4 stosuje się odpowiednio zasady wypłaty świadczeń określone w niniejszym dziale, doprecyzowane w art. od 25 do 34, 40 i 41.

ART. 25 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych objętych następującymi Umowami:
 - a) z tytułu Umowy Głównej - śmierci Ubezpieczonego (**kod: SME10**);
 - b) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR10**) - śmierci Ubezpieczonego;
 - c) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego – śmierci Ubezpieczonego (**kod: ADT10**);
 - d) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy – śmierci Ubezpieczonego (**kod: WADR10**);
 - e) z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu – śmierci Ubezpieczonego (**kod: HSDR10**); chyba, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2; oraz
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionego przez lekarza lub stosowne władze;
 - c) pełną dokumentację medyczną z przebiegu leczenia (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR10**);
 - d) wynik sekcji zwłok jeśli była przeprowadzana (w przypadku Umowy dodatkowej oznaczonej kodem **HSDR10**);
 - e) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy;
 - f) protokołu powypadkowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego, właściwej dla umowy głównej, wymienionej w ust. 1a.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego właściwej dla umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1e.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia właściwej dla danej umowy dodatkowej wymienionej w ust. 1 pkt b), c) i d) obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
7. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa,
8. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej

- kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

ART. 26 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR10)

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

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

przy czym:

- Utrata – fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
- Całkowita utrata wzroku w obu oczach – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach

- w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- Całkowita utrata wzroku w jednym oku – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - Całkowita utrata słuchu w obu uszach – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 - Całkowita utrata słuchu w jednym uchu – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
 - Utrata mowy – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy, w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2; oraz
 - dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób: prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

9. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Lekarza orzecznika reprezentującego Ubezpieczyciela i wskazanego przez Ubezpieczyciela orzeczenia o trwałym inwalidztwie Ubezpieczonego.

ART. 27 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR10+)

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

ART. 28 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW10)

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

ART. 29 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZEBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: LHB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZEBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SLHB10).

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, określone na podstawie tabeli wskazanej w ust. 5, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 7, oraz na podstawie wyników badań lekarskich o których mowa w art. 11 ust. 3.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowania się stanu zdrowia Ubezpieczonego (**kod: LHB10**) lub Małżonka (**kod: SLHB10**), jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel udostępnia wymienioną tabelę na stronie internetowej Ubezpieczyciela lub na żądanie.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa od 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 26 ust. 8. Ponadto w przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka koniecznym jest przedstawienie odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą umową dodatkową.

ART. 30 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZEBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD10)

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
4. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji o której mowa w ust. 8, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 11 ust. 3.
5. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę uszczerbków na zdrowiu podaną w ust. 9.
6. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia ostatniego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy i nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2;
 - b) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty,

dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

9. Tabela uszczerbków dla zawału serca i udaru mózgu.

Zawał serca

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

Udar mózgu

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

ART. 31 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD10)

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

ART. 32 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU (KOD: SHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB10)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (kod: HDB10), Małżonka (kod: SHDB10), Dziecka (kod: CHDB10) w szpitalu jestienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego,

Małżonka, Dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu.

- b) 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 - c) 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony, Małżonek, Dziecko od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywali na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
 6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
 7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
 8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
 9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM, w przypadku pobytu na OIOM;
 - c) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
 - d) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia - dotyczy umowy dodatkowej określonej kodem: **CHDB10**;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 33 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: AHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB10)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (Umowy dodatkowe określone **kodami: AHDB10, WAHDB10, ATHDB10**), Małżonka (**kod: SAHDB10**), Dziecka (**kod: CAHDB10**) w szpitalu jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego, Małżonka, Dziecka w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1 dzień - jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: AHDB10, SAHDB10, CAHDB10**), wypadkiem przy pracy (**kod: WAHDB10**), wypadkiem komunikacyjnym (**kod: ATHDB10**), pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od pierwszego dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9, oraz:
 - a) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy lub innych dokumentów dotyczących wypadku przy pracy w rozumieniu Warunków w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **WAHDB10**;
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego, w przypadku Umowy dodatkowej określonej kodem: **ATHDB10**;
 - c) ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia - dotyczy umowy dodatkowej określonej kodem: **CAHDB10**.

ART. 34 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB10)

1. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu Umowy dodatkowej określone jest w polisie oraz w potwierdzeniu uczestnictwa w ubezpieczeniu.
2. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego (**kod: HSHDB10**) jest dienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni - jeżeli pobyt był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płat-

ne od 1. dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu;

- b) 1 dzień - jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywali na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
6. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 4.
7. Czasowa nieobecność Ubezpieczonego w szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia nie przerywa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu czasowej nieobecności Ubezpieczonego w szpitalu.
8. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
9. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów wymienionych w art. 32 ust. 9 pkt a - c oraz e.

ART. 35 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB10)

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

ART. 36 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR10).

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

ART. 37 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT10)

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

ART. 38 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB10)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - Uposażonym wskazanym przez Rodzica lub Rodzica Małżonka, w przypadku śmierci odpowiednio. Rodzica lub Rodzica Małżonka (**kod: DPB10**); jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka nie wskazali Uposażonych świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu;
 - Ubezpieczonemu w przypadku narodzin Dziecka (**kod: BCB10**), śmierci niepełnoletniego Dziecka (**kod: DCB10**), narodzin martwego Dziecka (**kod: SBB10**);
 - Uposażonemu wskazanemu przez pełnoletnie Dziecko w przypadku jego śmierci (**kod: DCB10**). Jeżeli pełnoletnie Dziecko nie wskazało Uposażonego, świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu;
 - każdemu Dziecku Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego (**kod: OCB10**).
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu jego zajścia.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 1. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego konieczne jest przedłożenie następujących dokumentów:
 - śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego;lub:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka;
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Umową dodatkową;
- narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
- śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze;

- dokumentacji medycznej dotyczącej narodzenia martwego Dziecka (akt urodzenia) lub zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu;
- osierocenie Dziecka;
- odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 39 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB10)

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

ART. 40 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBA LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10+). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10)

- Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji Ubezpieczonego (**kod: MSR10+** lub **kod: MSR10**) jest odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli.

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

*Kategoria najwyższa – „1”.

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik do Warunków.

- Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna

- Operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna operacja spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
3. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z Operacji.
 4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

ART. 41 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB10_B)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 29 pkt 6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 pkt. 4 j jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - c) opinii lekarza prowadzącego;
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zda-

żenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy głównej o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

ART. 42 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB10_B)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 30 ust. 6.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 3 ust. 29 ust 4 pkt j jest suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2, oraz:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Małżonka;
 - b) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - c) opinii Lekarza prowadzącego;
 - d) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
7. W przypadku śmierci Małżonka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Małżonka nastąpiła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Małżonka (**kod: DSB10**) o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

ART. 43 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB10)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w ust. 4 oraz 7.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 3 ust. 31 pkt. 4.
- W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkuje:
 - wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego - jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 4.
- Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II lub III, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulega Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
- Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi dokumentów, o których mowa w art. 24 ust. 2 oraz:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego Dziecka;
 - karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań Dziecka;
 - opinii Lekarza prowadzącego;
 - odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Dziecka;
 - ważnej legitymacji szkolnej lub legitymacji studenckiej w przypadku, kiedy Dziecko w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego miało ukończony 18 rok życia;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
- W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni, licząc od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Ubezpieczonemu świadczenie, o ile śmierć Dziecka zaszła w następstwie tego zdarzenia, Ubezpieczyciel pomniejszy wysokość świadczenia należnego z tytułu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci Dziecka (**kod: DCB10**) o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie dwa świadczenia z tytułu dwóch różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 4.

Art. 44 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

- Prawo do zawarcia indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, w stosunku do którego ochrona z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygasła z powodów:
 - rozwiązania stosunku prawnego łączącego Pracodawcę z Ubezpieczonym albo
 - rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- Po spełnieniu ust. 1 prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, który spełnia dodatkowo łącznie następujące warunki:

- był objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków przez okres co najmniej 6 miesięcy;
 - złożył wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, którą był objęty.
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego i Współubezpieczonego o jego prawie do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdym czasie na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 45 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

- 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.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki całkowitej za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 46 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ

- 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.
- W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki całkowitej najpóźniej w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty i nieprzesłania pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składki całkowitej w terminie 30 dni od dnia wymagalności składki Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczyciela z ostatnim dniem okresu, za który opłacono składkę całkowitą.

Art. 47 WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej, którą jest objęty Ubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego;
 - wygaśnięcia umowy głównej;
 - rozwiązania łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym stosunku prawnego stanowiącego podstawę zatrudnienia;
 - ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
- Za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po zajściu zdarzenia określonego w ust. 1 pkt a-c.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt d, za datę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się dzień najbliższej rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej, którą objęty jest Współubezpieczony, wygasa w następujących przypadkach:
 - wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, obok którego przystąpił do Ubezpieczenia;
 - w dniu upływu okresu rozliczeniowego, w którym Towarzystwo otrzymało dokument potwierdzający ustanie odpowiednio związku małżeńskiego bądź stosunku konkubinatu. Oświad-

czenie takie Ubezpieczony ma obowiązek złożyć niezwłocznie po zajściu odpowiednich przesłanek.

5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
6. W przypadku umów dodatkowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem wygaśnięcia Umowy dodatkowej, nie później jednak niż z dniem wygaśnięcia umowy głównej.
7. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego z tytułu poniżej wymienionych umów dodatkowych wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku:
 - a) wypłaty świadczenia w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: PDR10**);
 - b) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku z miesięcznym świadczeniem (**kod: PDR10+**);
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW10**);
 - d) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (**kod: LHB10**);
 - e) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (**kod: LHSD10**);
 - f) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB10_A** lub **CIB10_B** albo **kod: SCIB10_A** lub **SCIB10_B** albo **kod: CCIB10**), jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I określonej odpowiednio dla każdej z tych umów dodatkowych;
 - g) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Ubezpieczonego (**kod: CIB10_A** lub **CIB10_B**) lub poważnego zachorowania Małżonka (**kod: SCIB10_A** lub **SCIB10_B**);
 - h) wypłaty drugiego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka (**kod CCIB10**);
 - i) Wypłaty drugiego z kolei świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR10**) oraz Operacji Ubezpieczonego spowodowanej Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem (**kod: MSR10+**).

Art. 48 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Współubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub beczynność Ubezpieczyciela wynikające z umowy ubezpieczenia telefonicznie, drogą elektroniczną, skierować pisemną skargę lub zażalenie albo złożyć je osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, tj. telefonicznie, drogą elektroniczną lub pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
3. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie lub drogą elektroniczną powinny być potwierdzone w formie pisemnej.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania

świadczenia, o której mowa w art. 25 ust. 7 i 9, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.

6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi, zażalenia lub odwołania przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych oraz do organu nadzoru.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 54.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 49 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. 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 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. 50 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. 51 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. Ważnymi przyczynami, o których mowa w ust. 1 są zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, 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, Naczelny Sąd Administracyjny i sądy powszechne.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, 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. 52 PRAWO WŁAŚCIWE

Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków podlega przepisom prawa polskiego.

ART. 53 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia adresowane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 48, 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. 48 ust. 2, powinny być dokonywane na piśmie.

ART. 54 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

ART. 55 POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

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

ART. 56 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 77/2010 z dnia 20 maja 2010 r., wchodzą w życie z dniem 7 czerwca 2010 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD: MSR10+) ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10)

Lista operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 - A09)

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

Komory mózgowe i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 - A22)

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

Nerwy czaszkowe (A24 - A33)

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

Opony mózgowe (A38 - A42)

A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwika 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

Tarczycyca i przytarczycy (B08 - B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodów tarczyczo-językowych	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 - B23)

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

Sutek (B27 - B35)

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

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

Spojówka i rogówka (C47 - C49)

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

Twardówka i ęczówka (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 ęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące ęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie ęczówki	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 przewod słuchowy zewnętrzny (D04)

D04 Drenaż ucha zewnętrznego Kategoria V

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 - D19)

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

Krtani (E29 - E34)

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

Tchawica i oskrzela (E39 - E48)

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

Płuca i śródpiersie (E53 - 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

Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 - F39)

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

Ślinianki (F44 - F55)

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

Przełyk (G01 - G14)

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

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia**górnego odcinka przewodu pokarmowego (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

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
-----	---	--------------

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

Odbytница (H33 - H42)

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

Odbyt i okolica okołoodbytowa (H51 - H59)

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

Wątroba (J01 - J10)

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

Pęcherzyk żółciowy (J18 - J24)

J18	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J19	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie 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
J34	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	Kategoria III
J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	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 (J54 - J66)

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

Śledziona (J69)

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

Ściany, przegrody i komory serca (K01 - K20)

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

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 - K37)

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

Tętnice wieńcowe (K40 - K49)

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

Inne części serca i osierdzie (K52 - K69)

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

Duże naczynia i tętnica płucna (L01-L13)

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

Tętnica główna (aorta) (L16 - L26)

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

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

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

Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 - L47)

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

L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II
-----	---	--------------

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 - L63)

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

Inne tętnice (L65 - L71)

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

Nerki (M02 - M15)

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

Moczowód (M18 - M32)

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

Pęcherz moczowy (M34 - M43)

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

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M51 - M65)

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

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

M72	Wycięcie cewki moczowej	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
N19	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	Kategoria IV
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 - N30)

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

Srom i krocze kobiece (P01 - P11)

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

Pochwa (P14 - P31)

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

Macica (Q01 - Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q02	Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	Kategoria V
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
Q26	Implantacja protezy jajowodu	Kategoria V
Q27	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik. Więzadło szerokie macicy (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

Układ limfatyczny (T85 - T94)

T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V
T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV

Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 - V20)

V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
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	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 tyłostopia	Kategoria III

Kości (W05 - W35)

W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
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
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

Operacje dotyczące wielu układów (X01 - X14)

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

OGÓLNE WARUNKI PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM OWU/SME10/1/2010

Art. 1	DEFINICJE	3
Art. 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
Art. 3	UMOWY DODATKOWE	5
Art. 4	WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	15
Art. 5	KARENCA	16
Art. 6	ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA	17
Art. 7	ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	18
Art. 8	ZAKRES TERYTORIALNY I CZASOWY	18
Art. 9	PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA	18
Art.10	OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	19
Art. 11	OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓLUBEZPIECZONEGO	19
Art. 12	WYSOKOŚĆ SKŁADKI	20
Art. 13	SKŁADKA DODATKOWA	20
Art. 14	OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	20
Art. 15	ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI	21
Art. 16	ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI	21
Art. 17	SUMA UBEZPIECZENIA	21
Art. 18	RODZAJE I CEL UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH	21
Art. 19	ALOKACJA SKŁADEK	22
Art. 20	WYCENA WARTOŚCI AKTYWÓW FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH	22
Art. 21	WYCENA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	22
Art. 22	WYPŁATA WARTOŚCI FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO	22
Art. 23	OPŁATY	22
Art. 24	ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	23
Art. 25	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	23
Art. 26	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR10)	24
Art. 27	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO Z WYPŁATĄ MIESIĘCZNYCH ŚWIADCZEŃ (KOD: PDR10+)	25
Art. 28	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW10)	25
Art. 29	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: LHB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SLHB10)	25
Art. 30	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU (KOD: LHSD10)	25
Art. 31	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD10)	26

Art. 32	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD: HDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKAW SZPITALU (KOD: SHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU (KOD: CHDB10)	26
Art. 33	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: AHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: ATHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY (KOD: WAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: SAHDB10). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU DZIECKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: CAHDB10)	26
Art. 34	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD: HSHDB10)	27
Art. 35	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB10)	27
Art. 36	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR10).	27
Art. 37	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI MAŁŻONKA WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD: SADT10)	28
Art. 38	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB10), UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB10)	28
Art. 39	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD: ADPB10)	28
Art. 40	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ CHOROBAŃ LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10+). WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR10)	28
Art. 41	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (WARIANT PODSTAWOWY KOD: CIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: CIB10_B)	29
Art. 42	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (WARIANT PODSTAWOWY KOD: SCIB10_A LUB WARIANT ROZSZERZONY KOD: SCIB10_B)	29
Art. 43	WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (KOD: CCIB10)	30
Art. 44	INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	30
Art. 47	WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	30
Art. 48	ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	31
Art. 49	OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	31
Art. 50	ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	31
Art. 51	ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT LUB WYKAZU UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH I REGULAMINU LOKOWANIA ŚRODKÓW	31
Art. 52	PRAWO WŁAŚCIWE	32
Art. 53	PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	32
Art. 54	ROZSTRZYGANIE SPORÓW	32
Art. 55	POZOSTAŁE POSTANOWIENIA	32
Art. 56	WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	32

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO kod: MSR10+ ORAZ UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM kod: MSR10

