

OGÓLNE WARUNKI
INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OWU/TRM3/1/2009

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR OWU/TRM3/1/2009

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: TRM3 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie TRM3 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
- 2) **„Ubezpieczający – Ubezpieczony”** – osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia i która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem oraz zobowiązała się do opłacania składki całkowitej. W dalszej części Warunków osoba ta nazywana jest „Ubezpieczonym”.
- 3) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 4) **„Małżonek”** – osoba, która w dniu swojej śmierci lub śmierci swojego Rodzica pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 5) **„Rodzic”** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 6) **„Rodzic Małżonka”** – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 7) **„Dziecko”** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.
- 8) **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem: TRM3.
- 9) **„Umowa grupowego ubezpieczenia na życie”** – umowa ubezpieczenia grupowego uwzględniająca opcję indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczycielem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
- 10) **„Pracodawca”** – ubezpieczający z umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- 11) **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 12) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 13) **„Wiek Ubezpieczonego”** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego.
- 14) **„Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 15) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 16) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą do obliczenia kwoty świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach.
- 17) **„Składka całkowita”** – kwota przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu umowy ubezpieczenia oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
- 18) **„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 ubezpieczenia.
- 19) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 20) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 21) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 22) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite inwalidztwo lub trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 23) **„Wypadek komunikacyjny”** – nagły, niezależny od woli Ubezpieczonego i wywołany przyczyną zewnętrzną nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym;
 - pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi bądź katastrofie;
 - rowerzysta;
 - pieszy.
- 24) **„Wypadek przy pracy”** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego Ubezpieczonego z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych;
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.
- 25) **„Uszczerbek na zdrowiu”** – stałe lub długotrwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu powodujące upośledzenie czynności organizmu powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 26) **„Stały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 27) **„Długotrwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.
- 28) **„Szpital”** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym,

zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

29) „Pobyt w szpitalu” – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. W rozumieniu Warunków za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.

30) „Dzień pobytu w szpitalu” – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).

31) „Dzienne świadczenie szpitalne” – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

32) „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 ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych.

33) „Lekarz” – osoba posiadająca, zgodnie z przepisami polskiego prawa, uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny.

34) „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.

35) „Choroba psychiczna” – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne i/lub zaburzenia zachowania.

36) „Wady wrodzone” – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, a uwidaczniające się po porodzie.

37) „Poważne zachorowanie” – schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony.

38) „Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów” – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego.

W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:

a) Grupa I – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, HIV;

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

c) Grupa III – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, niezłośliwy guz mózgu;

d) Grupa IV – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.

39) „Operacja” – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów lub objawów choroby spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem oraz wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie Ubezpieczonego, życie i zdrowie Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka oraz Dziecka.

2. Zakres ubezpieczenia może obejmować tylko te ze zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych poniżej, z tytułu których Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie w dniu wygaśnięcia tej ochrony. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) śmierć Ubezpieczonego (**kod: TRM**),
- b) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR**), pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- c) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT**), pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- d) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (**kod: WADR**), pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- e) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego (**kod: PDR**), spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, obejmujące:
 - I) trwałe całkowite inwalidztwo, pod warunkiem że:
 1. nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 2. trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu;
 - II) trwałe częściowe inwalidztwo, pod warunkiem, że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
- f) niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW**), pod warunkiem że:
 - I) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - II) trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu;
- g) stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (**kod: LHB**) spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
- h) niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD**), pod warunkiem że:
 - I) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - II) spowodowana była chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem – trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - III) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego powyżej (pkt II);
- i) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: AHDB**) obejmujący:
 - I) 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;
- II) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 - j) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB**) obejmujący:
 - I) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą;
 - II) 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;
 - III) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia;
 - k) śmierć Małżonka (**kod: DSB**);
 - l) śmierć Małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: SADR**), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Śmierć Małżonka nie może nastąpić później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia wypadku;
 - m) śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (**kod: DPB**);
 - n) narodziny Dziecka (**kod: BCB**);
 - o) śmierć Dziecka (**kod: DCB**);
 - p) narodziny martwego Dziecka (**kod: SBB**);
 - q) osierocenie Dziecka (**kod: OCB**);
 - r) Operację Ubezpieczonego spowodowaną chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR+**), przy czym choroba lub nieszczęśliwy wypadek muszą mieć miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. W przypadku Operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem operacja nie może rozpocząć się później niż przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - s) Operację Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR**), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - t) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących poważnych zachorowań w ramach opcji podstawowej (**kod: CIB_A**) w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - I) **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.
 - II) **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.
 - III) **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).

- IV) **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 lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

- V) **Niewydolność nerek**: schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

- VI) **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.

- VII) **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.

- VIII) **Utrata wzroku**: całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- IX) **Utrata słuchu**: całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

- X) **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.

u) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z poważnych zachorowań określonych w ramach opcji rozszerzonej (**kod: CIB_B**) w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową. Opcja rozszerzona obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe określone w opcji podstawowej (**kod: CIB_A**) oraz następujące zdarzenia:

I) **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.

II) **Operacja zastawek serca:** pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

III) **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.

IV) **Ciężkie oparzenia:** oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

V) **Anemia aplastyczna:** przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
- podawanie preparatów stymulujących szpik;
- podawanie preparatów immunosupresyjnych;
- przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

VI) **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 wskutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

VII) **Angioplastyka tętnic wieńcowych:** pierwszorazowe 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.

VIII) **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne trwający

w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.

IX) **Choroba Parkinsona:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 z listy podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:

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

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

X) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

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

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

- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
- jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny

ny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia;

- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2 pkt t oraz u, Ubezpieczyciel przyjmuje:

- a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, 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 ust. 2 pkt odpowiednio t ppkt. X dwunastomiesięcznego okresu.
4. Poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe oznaczone są kodem literowym, który zostanie przedstawiony na dokumencie ubezpieczenia. Oznaczenie cyfrowe dołączane do kodu ma jedynie charakter porządkowy i nie ma wpływu na warunki ubezpieczenia.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia określonego w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu opłacenia pierwszej składki całkowitej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia przez 24 godziny na dobę oraz na całym świecie, z wyłączeniem Pobytu w szpitalu i Operacji, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt i, j, r, s.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poniżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku:
 - a) wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy (**kod: PDW**);
 - b) wypłaty świadczenia w łącznej wysokości 200% z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego (**kod: PDR**),
 - c) wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (**kod: LHB**);
 - d) wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB_A** lub **CIB_B**), jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I;
 - e) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB_A** lub **CIB_B**).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony zgłasza Ubezpieczycielowi chęć zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 30 dni od momentu wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku Ubezpieczonego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela.
3. Do zawarcia umowy niezbędne jest:
 - a) złożenie Ubezpieczycielowi wniosku nie później niż w ciągu 14 dni od momentu doręczenia Ubezpieczonemu formularza wniosku,
 - b) przyjęcie i zaakceptowanie wniosku przez Ubezpieczyciela,
 - c) opłacenie pierwszej składki całkowitej nie później niż w ciągu 14 dni od momentu doręczenia Ubezpieczonemu formularza wniosku.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności.
5. Prawo do zawarcia Umowy ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, w stosunku do którego ochrona z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygasa z powodu:
 - a) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Pracodawcę z Ubezpieczonym albo
 - b) rozwiązania Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
6. W przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie na warunkach szczególnych, tj. w przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie z uwzględnieniem takich samych warunków szczególnych. Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczonego o podwyższeniu składki całkowitej wynikającym z odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego.

Art. 5 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA. WIEK UBEZPIECZONEGO

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 15 lat.

Art. 6 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać Uposażonego, zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego udziałem poszczególnych Uposażonych w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.

Art. 7 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczyciel może, lecz nie jest zobowiązany, przekazać Ubezpieczonemu informacje o możliwości ponownego zawarcia na okres kolejnego roku. W tej informacji Ubezpieczyciel przedstawia warunki, na podstawie których Umowa ubezpieczenia może być ponownie zawarta, określając jednocześnie wysokość składki całkowitej. Wysokość składki całkowitej jest obliczana zgodnie z art. 10 ust. 1.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony nie zamierza ponownie zawrzeć Umowy ubezpieczenia, powinien zawiadomić Ubezpieczyciela nie później niż 15 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta.

3. Ubezpieczyciel potwierdza ponowne zawarcie Umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony obowiązany jest do opłacania składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony jest obowiązany do informowania Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych oraz teleadresowych.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt t, u, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzone są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, niezdolność do pracy lub trwałe inwalidztwo, którego doznał Ubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt r, s Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić Ubezpieczycielowi dostęp do dotyczącej go pełnej dokumentacji medycznej.

Art. 10 SKŁADKA CAŁKOWITA

1. Składka całkowita jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności lub w dniu ponownego zawarcia Umowy ubezpieczenia, czasu trwania Umowy ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy oraz jego stanu zdrowia w dniu przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Składka całkowita może zostać podwyższona jedynie w związku z ponownym zawarciem Umowy ubezpieczenia.
3. Składka całkowita może zostać obniżona jedynie w związku ze zmianą zakresu ubezpieczenia spowodowaną wypłatą świadczenia, o której mowa w art. 3 ust. 5.
4. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych przez Ubezpieczyciela w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności), począwszy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Za dzień opłacenia składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następny po dniu, w którym bank lub urząd pocztowy, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

6. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
7. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczony we wniosku o ubezpieczenie.
8. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie;
 - b) kwartalnie;
 - c) półrocznie;
 - d) rocznie, za okres, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub na który została ponownie zawarta.
9. Ubezpieczony nie może w czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić częstotliwości opłacania składki całkowitej.
10. Obowiązek opłacania składki całkowitej ustaje z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

Art. 11 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel powinien zostać pisemnie 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 datę urodzenia Ubezpieczonego;
 - 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;
 - 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. 12-22.
4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone nie później niż 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.
5. 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.

Art. 12 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (KODY TRM, ADR, ADT, WADR)

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - a) śmierć Ubezpieczonego (**kod: TRM**);
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR**);
 - c) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT**);
 - d) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (**kod: WADR**); – chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze;

- c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy;
- d) protokołu powypadkowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, właściwej dla zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w ust. 1a.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia właściwej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w ust. 1 pkt b, c i d obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z uwzględnieniem art. 2 ust. 2 pkt b, c i d.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
6. 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.
7. 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.
8. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 6 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR)

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - c) wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za trwałe częściowe inwalidztwo oraz za trwałe całkowite inwalidztwo 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%

5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - 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.
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. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy po upływie 12 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz

- b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - 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.
5. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest wydanie przez Ubezpieczyciela orzeczenia o niezdolności do pracy.

Art. 15 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 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. 2 pkt h II.
6. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

Art. 16 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO (KOD: LHB)

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 6, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w art. 9 ust. 5.
4. 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 nieszczęśliwego wypadku.
5. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego nieszczęśliwego wypadku.
6. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
 - c) oświadczenia Pracodawcy Ubezpieczonego o tym, czy nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem przy pracy.
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia

Art. 17 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU (KODY: HDB, AHDB)

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.

2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jestienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - b) 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 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.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobytów. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM – w przypadku pobytu na OIOM;
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 18 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB)

1. Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez Lekarza lub odpowiednie władze;
 - c) dokumentu potwierdzającego zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka;
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 19 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka.
- Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - dokumentu potwierdzającego zawarcie związku małżeńskiego przez Ubezpieczonego i Małżonka;
 - innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 20 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB), NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB), ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB), NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB), OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - Ubezpieczonemu w przypadku śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka, narodzin Dziecka, śmierci Dziecka, narodzin martwego Dziecka;
 - Dziecku Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
- 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 stwierdzające 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;
 - 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;
 - dokumentację medyczną dotyczącą narodzenia martwego Dziecka;
 - 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. 21 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OPERACJI (KOD: MSR+) LUB OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: MSR)

- Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
- Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji lub operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest odpowiedni procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego 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. 2.
- Suma świadczeń wypłaconych z tytułu operacji Ubezpieczonego w czasie jednego pełnego roku trwania umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia właściwej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z operacji.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, jeśli operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie operacji uprawniającym do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia jest Uposażony.

Art. 22 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (KOD: CIB_A LUB CIB_B)

- Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
- Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w art. 2 ust. 3.
- Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w art. 2 ust. 3 pkt. X 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 niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego 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 ulegają Grupa, w skład której wchodziło to poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- a) dokumentów, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - c) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - d) opinii lekarza prowadzącego;
 - e) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - f) 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 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. 23 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
- 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, jeżeli Ubezpieczony nie opłaci składki całkowitej w terminie 14 dni, poczynając od dnia następnego po terminie płatności, i zdarzenie ubezpieczeniowe lub nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe, nastąpi po upływie ww. terminu.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek (**kod: ADR**), w wyni-

ku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- a) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczania do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek przy pracy (**kod: WADR**), w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczania do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - e) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę;
 - f) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - g) usiłowania popełnienia samobójstwa.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny (**kod: ADT**), w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczania do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - d) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - e) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;

f) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich;

g) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

h) usiłowania popełnienia samobójstwa.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego:

a) nastąpiło trwale inwalidztwo Ubezpieczonego (**kod: PDR**);

b) nastąpiła niezdolność do pracy Ubezpieczonego (**kod: PDW**);

c) Ubezpieczony doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu (**kod: LHB**);

został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:

a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

b) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

c) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;

d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu (**kod: LHB**) został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa.

Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli choroba bądź nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których nastąpiła niezdolność do pracy Ubezpieczonego (**kod: TPD**), zostały spowodowane lub wydarzyły się w bezpośrednim następstwie:

a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

b) usiłowania popełnienia samobójstwa;

c) pozostawania przez Ubezpieczonego dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

d) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;

e) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka (**kod: DSB**) została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:

a) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

b) pozostawania przez Małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

c) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych,

motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;

d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.

Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego.

10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć (**kod: SADR**), został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

a) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

b) pozostawania przez Małżonka dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

c) udziału Małżonka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;

d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.

11. Jeżeli śmierć Małżonka (**kod: DSB**) nastąpiła w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia związku małżeńskiego i nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia.

12. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (**kod: HDB**) były:

a) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

b) pozostawanie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

c) prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami polskiego prawa;

d) usiłowanie popełnienia samobójstwa;

e) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;

f) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;

g) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem;

h) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS;

i) udział Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;

j) usiłowanie popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;

k) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;

l) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;

m) niewydolność nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek);

n) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy;

- o) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna;
 - p) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - q) zdarzenie, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
13. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: AHDB**) był spowodowany lub wydarzył się w następstwie:
- a) pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - b) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami polskiego prawa;
 - c) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
14. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany operacji (**kod: MSR lub MSR+**), zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) świadomego pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami polskiego prawa;
 - d) usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - e) chirurgii plastycznej (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
 - f) chirurgii stomatologicznej, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków;
 - g) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - h) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS;
 - i) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - j) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - k) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
 - l) leczenia związanego z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;
 - m) niewydolności nerek, w wyniku której Ubezpieczony wymaga dializ lub dokonania przeszczepu nerki (nerek);
 - n) zmiany płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy;

- o) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej;
 - p) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - q) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
15. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji (**kod: MSR lub MSR+**), 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.
16. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli operacja została przeprowadzona po 30. dniu (**kod: MSR**), licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
17. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji (**kod: MSR lub MSR+**), jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie operacji.
18. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie (**kod: CIB**) zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - c) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienie przestępstwa w sposób zawiniony przez Ubezpieczonego;
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa.
19. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB**), niezdolności Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD**) oraz operacji (**kod: MSR+**) będących skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu, zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
20. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązku określonego w art. 9 ust. 5 i miało to wpływ na pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego bądź utrudnienie lub uniemożliwienie ustalenia stopnia zaawansowania poważnego zachorowania.
21. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka (**kod: DCB**) była spowodowana lub wydarzyła się w następstwie choroby wrodzonej lub dziedzicznej.
22. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu narodzin martwego dziecka (**kod: SBB**) w przypadku poronienia rozumianego jako wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży.
23. Jeżeli śmierć Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka lub Dziecka (**kod: DSB, DBP, DCB**) nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego nie zostanie wypłacone.

Art. 24 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta.
2. Ubezpieczony może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 3.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego do zapłaty, po upływie 30 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zostanie ponownie zawarta na kolejny okres roczny, to umowa ta wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 25 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 27, lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie).
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.
6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 11 ust. 5.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 30 ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 26 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczeń wskazanych w Warunkach.

Art. 27 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (korespondencja), z wyjątkiem przekazanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przysyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 25. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer Umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.

3. Ubezpieczyciel przysyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencję i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od jej wysłania na ostatni podany adres.
4. O ile poszczególne postanowienia Warunków nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela, z wyjątkiem dokumentów dotyczących leczenia szpitalnego, które muszą być przedstawione w oryginale lub w kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez szpital.

Art. 28 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem 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. 29 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. 30 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia może być wytoczone przez sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 31 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

1. Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 52 z dnia 13 sierpnia 2009 r., wchodzą w życie z dniem 13 sierpnia 2009 r.

Andrzej Sieradz



Członek Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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 krwaka nad- i podoponowego	Kategoria II

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

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

Nerwy obwodowe (A59 - A62)

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

Inne części układu nerwowego (A75)

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

Przysadka i szyszynka (B01 - B06)

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

Tarczycza i przytarczycze (B08 - B14)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 - B23)

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

Sutek (B27 - B35)

B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B34	Operacje na przewodach 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 tęczówka (C53 - C62)

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

Komorą przednią gałki ocznej i soczewka (C66 - C73)

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

Siatkówka i inne części oka (C79 - C82)

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

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

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

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 - D19)

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

Nos (E01 - E09)

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

Zatoki przynosowe (E12 - E17)

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

Gardło (E19 - E24)

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

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 żylaków 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 poprzecznicy	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

Odbytnica (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	Przejskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 - J49)

J27	Wycięcie przewodu żółciowego	Kategoria II
J28	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	Kategoria III
J29	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 przezdwunastniczego	Kategoria III
J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przejskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przejskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

Trzustka (J54 - J66)

J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
J55	Całkowite wycięcie trzustki	Kategoria I
J56	Wycięcie głowy trzustki	Kategoria I
J58	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	Kategoria III
J59	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 bódźcprzewodzącego 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 wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L03	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L05	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L07	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
L10	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	Kategoria I
L13	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 - L26)

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

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

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

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

Operacje dotyczące wielu układów (X01 - X14)

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

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NR OWU/TRM3/1/2009

Art. 1 DEFINICJE	3
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	7
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	7
Art. 5 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA. WIEK UBEZPIECZONEGO	7
Art. 6 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH	7
Art. 7 PONOWNE ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	7
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO	8
Art. 10 SKŁADKA CAŁKOWITA	8
Art. 11 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	8
Art. 12 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (KODY: TMR, ADR, ADT, WADR)	8
Art. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO (KOD: PDR)	9
Art. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: PDW)	9
Art. 15 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD: TPD)	10
Art. 16 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU STAŁEGO LUB DŁUGOTRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO (KOD: LHB)	10
Art. 17 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU (KODY: HDB, AHDB)	10
Art. 18 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI MAŁŻONKA (KOD: DSB)	10
Art. 19 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI MAŁŻONKA SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD: SADR)	11
Art. 20 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI RODZICA LUB RODZICA MAŁŻONKA (KOD: DPB), NARODZIN DZIECKA (KOD: BCB), ŚMIERCI DZIECKA (KOD: DCB) , NARODZIN MARTWEGO DZIECKA (KOD: SBB), OSIEROCENIA DZIECKA (KOD: OCB)	11
Art. 21 WYPŁATA ŚWIADCZENIA W WYNIKU OPERACJI (KOD: MSR+) LUB OPERACJI SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM (KOD MSR)	11
Art. 22 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (KOD: CIB_A LUB CIB_B)	11
Art. 23 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	12
Art. 24 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	15
Art. 25 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ	15
Art. 26 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA	15
Art. 27 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	15
Art. 28 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	15
Art. 29 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	15
Art. 30 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	15
Art. 31 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	15

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE