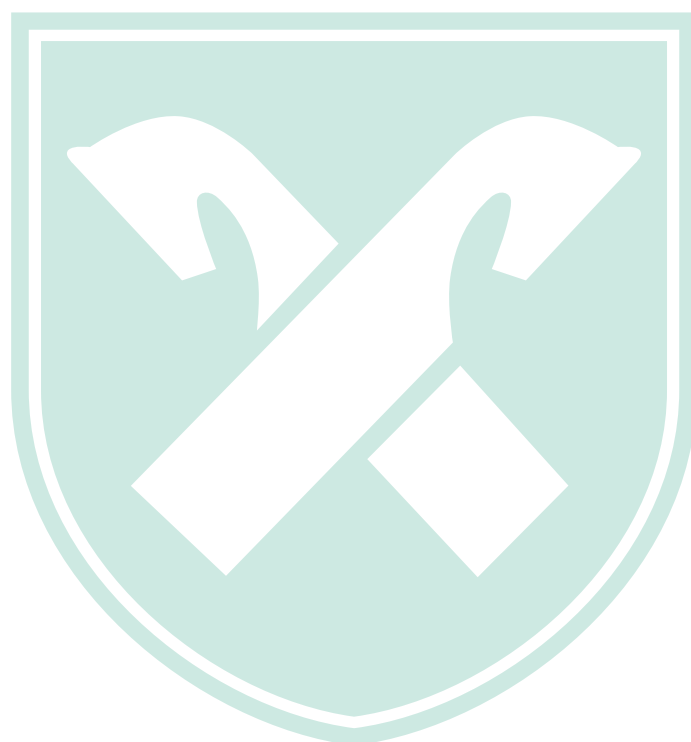


**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**



Spis treści

Skorowidz	3
Postanowienia ogólne	6
Warunki ubezpieczenia	7
Świadczenie ubezpieczeniowe	9
Postanowienia końcowe	10
Klauzule	11
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	11
Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	11
Klauzula 3 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy	11
Klauzula 4 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy	11
Klauzula 5 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	12
Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	12
Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	12
Klauzula 11 Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego	12
Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	12
Klauzula 13 Trwałe kalectwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	13
Klauzula 14 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	13
Klauzula 15 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	14
Klauzula 16 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	14
Klauzula 17 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	15
Klauzula 18 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	15
Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	15
Klauzula 20 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	16
Klauzula 21 Długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	17
Klauzula 22 Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	17
Klauzula 23 Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	18
Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	19
Klauzula 25 Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	20
Klauzula 26 Poważne zachorowanie współmałżonka Ubezpieczonego	21
Klauzula 27 Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	23
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	23
Klauzula 29 Inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	23
Klauzula 30 Inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	24
Klauzula 31 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	24
Klauzula 32 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	25
Klauzula 33 Urodzenie się dziecka Ubezpieczonego	25
Klauzula 34 Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego	25
Klauzula 35 Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	26
Klauzula 36 Pokrycie kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku	26
Klauzula 37 Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku	27
Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	27
Klauzula 39 Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	28
Klauzula 40 Pomoc medyczna w nagłych przypadkach	28
Klauzula 41 Lekarz na telefon	30
Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	31
Klauzula 45 Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku	31

- Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Concordię Polska TUW (zwaną dalej Towarzystwem).
- Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Towarzystwo lub świadczonych przez Towarzystwo usług.
- Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
 - osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia;
 - osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- Zgodnie z przyjętymi w Towarzystwie zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia.
- Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
 - osobiście w siedzibie Towarzystwa, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Towarzystwa;
 - pisemnie na adres Towarzystwa:
ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań;
 - telefonicznie pod numerem telefonu **61 858 48 00;**
 - jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl.**
- Towarzystwo udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
- W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
- Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
- Spory związane z usługami świadczonymi przez Towarzystwo mogą być rozstrzygane:
 - w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
 - przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
- Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
 - Rzecznika Finansowego;
 - Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia.
- Właściwym dla Towarzystwa organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
- Towarzystwo na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Wykaz postanowień umownych – OWU stosowane do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków (zatwierdzone uchwałą Zarządu Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z 24 lutego 2016 r.) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

OWU stosowane do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 12 ust. 1 pkt) 2 a)
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 4 ust. 6 i 7; § 3 ust. 12-13; § 17
Suma ubezpieczenia	§ 8

W stosunku do zakresu ubezpieczenia w ramach poszczególnych klauzul – niezbędne jest również zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Oznacza to, że Klienta obowiązują zapisy obu tabel (powyższej i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 6
Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	§ 2; § 3	§ 3 ust. 4
Klauzula 3 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2 do 4
Klauzula 4 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy	§ 1; § 2	§ 1 ust. 2 do 4
Klauzula 5 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§ 1; § 2	§ 1 ust. 2 i 3; § 3
Klauzula 7 Śmierć dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Klauzula 9 Śmierć współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 11 Renta dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2
Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 13 Trwałe kalectwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 14 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 15 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4; § 5
Klauzula 16 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 3; § 3
Klauzula 17 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	§ 1; § 2	§ 1 ust. 5; § 3
Klauzula 18 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§ 1; § 2	§ 3
Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4; § 4 ust. 1 pkt II.2), III.2) i III.3); § 4 ust. 3; § 5
Klauzula 20 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4 i 5; § 4 ust. 1 pkt II.2), III.2) i III.3); § 4 ust. 3; § 5
Klauzula 21 Długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 2 ust. 4; § 3 ust. 2; § 4
Klauzula 22 Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4; § 4 ust. 1 pkt II.2), III.2) i III.3); § 4 ust. 3;
Klauzula 23 Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3; § 4	§ 2; ust. 4; § 4 ust. 1 pkt II.2), III.2) i III.3); § 4 ust. 3; § 5
Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 2; § 5
Klauzula 25 Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 4
Klauzula 26 Poważne zachorowanie współmałżonka Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 2; § 6
Klauzula 27 Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 3; § 4
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Klauzula 29 Inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 30 Inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 31 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie choroby	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 3 ust. 4; § 4; § 5
Klauzula 32 Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 4; § 4; § 5; § 6
Klauzula 33 Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2
Klauzula 34 Urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2
Klauzula 35 Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2
Klauzula 36 Pokrycie kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2; § 3 ust. 4; § 4
Klauzula 37 Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 38 Pokrycie kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia	§ 1; § 2	§ 1 ust. 6
Klauzula 39 Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	§ 2; § 3	§ 2 ust. 4 i 5
Klauzula 40 Pomoc medyczna w nagłych przypadkach	§ 2; § 3	§ 2 ust. 4 i 5; § 4; § 5
Klauzula 41 Lekarz na telefon	§ 2; § 3	§ 2 ust. 4
Klauzula 44 Przejęcie opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy	§ 1; § 2	§ 1 ust. 5; § 3 ust. 1
Klauzula 45 Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 11 i 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU oraz postanowienia tych klauzul, w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa.
- Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/klauzul,
 - postanowienia klauzul,
 - postanowienia OWU.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w Umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (Umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 31) niniejszych OWU. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- choroba** – istniejąca niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowie porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka;
- choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne o kodach od F00 do F99;
- choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – całkowita utrata przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, która w rozumieniu OWU nie jest trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy;
- karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- klauzula** – postanowienia, w których zostało zdefiniowane ryzyko, w ramach którego udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa oraz zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczony wniósł sprzeciw albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- miejsce aktywności** – miejsce pracy zawodowej lub nauki (w przypadku obejmowania ochroną wychowanków, uczniów lub studentów – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia, uczelnie wyższe oraz inne placówki wychowawcze) lub aktywności sportowej (w przypadku obejmowania ochroną osób, które w sposób zawodowy lub amatorski uprawiają sport);

- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagłe (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- ochrona udzielana w wariantach ograniczonych** – jeden z wariantów ochrony występujący wyłącznie w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej i oznacza, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków dotyczy jedynie skutków zdarzeń, jakim może ulec Ubezpieczony w miejscu aktywności oraz w czasie drogi „do” lub „z” miejsca aktywności, przy czym odpowiedzialność w czasie drogi istnieje wyłącznie, gdy droga ta była najkrótsza lub najdogodniejsza komunikacyjnie dla Ubezpieczonego;
- okres rozliczeniowy** – w przypadku opłacania składki regularnej – okres, którego dotyczy płatność danej składki regularnej, to jest:
 - miesiąc – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością miesięczną;
 - kwartał – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością kwartalną;
 - półrocze – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością półroczną;
 - rok – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością roczną;
- pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
- pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą, osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej bądź innej podobnej umowy, osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, a także osoba będąca członkiem bądź współczłonkiem jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej;
- stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu niniejszych OWU pojęcie szpitala nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgnarskiej, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli szpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoriów, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
- trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej;
- inwalidztwo** – wskazane w Załączniku nr 3 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- trwałe kalectwo** – wskazane w Załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;

24) **Ubezpieczyciel** – Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Polska;

- udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizody przemieszającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - wtórny krwotok od istniejących ognisk poudarowych;
 - jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
 - Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
 - Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, z której życiem bądź zdrowiem związana jest ochrona udzielana w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonemu;
 - zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99.百分ilny zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
 - treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - łączy się z udziałem w zawodach, igryskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
 - zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3

Umowa ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta:

- na czas określony:
 - w przypadku Umowy okresowej – na czas trwania wycieczki, wczasów, kolonii, obozu, pobytu w sanatorium itp.;
 - w przypadku Umowy rocznej – na okres jednego roku, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
 - w przypadku Umowy długoterminowej – na wielokrotność okresu jednego roku, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony przez Ubezpieczyciela;
- na czas nieokreślony – jedynie w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, w odniesieniu do Umów rocznych oraz długoterminowych Umowa ubezpieczenia może być automatycznie przedłużona na kolejne, analogiczne do poprzedniej Umowy okresy ubezpieczenia, jeśli:
 - żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed końcem

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

bieżącego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu Umowy i

- 2) zostanie zapłacona kolejna składka jednorazowa bądź składka regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.

W niniejszym trybie Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie. Zasada automatycznego przedłużenia Umowy na analogiczny okres ubezpieczenia obowiązuje wyłącznie wtedy, jeśli wynika to z dokumentu ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Umów, które mogą ulegać automatycznemu przedłużeniu na zasadach określonych w ust. 2, Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, przy czym Ubezpieczyciel w odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej może zastrzec, że:

- 1) Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu wobec tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrażą zgody na zmianę warunków Umowy;
- 2) lub że Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu w całości w przypadku, gdy zgody na zmianę warunków Umowy nie udzieli odpowiednia liczba Ubezpieczonych;
- 3) lub Umowa ubezpieczenia na nowych warunkach będzie obowiązywać wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, którzy wyrazili na to zgodę, natomiast w odniesieniu do pozostałych będzie obowiązywać na warunkach dotychczasowych.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, jeśli druga strona przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia nie wyrazi zgody na przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.

5. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta w formie:

- 1) grupowej imiennej:
 - a) ze stałą listą Ubezpieczonych – w której ewentualne zmiany w grupie osób Ubezpieczonych wymagają zgody Ubezpieczyciela i aneksu do Umowy ubezpieczenia (zgodnie z § 15 ust. 3, jednak z uwzględnieniem sytuacji, o których mowa w § 15 ust. 2 oraz § 15 ust. 5);
 - b) ze zmienną listą Ubezpieczonych – w której zmiany w grupie Ubezpieczonych odbywają się w sposób automatyczny wskutek przesyłania przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi listy Ubezpieczonych w trybie opisanym w § 15 ust. 4, jednak z uwzględnieniem sytuacji, o których mowa w § 15 ust. 2 oraz § 15 ust. 5);
- 2) grupowej bezimiennej;
- 3) indywidualnej.

Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1), zawierana jest ze stałą listą Ubezpieczonych, chyba że z dokumentu ubezpieczenia wynika, że została zawarta ze zmienną listą Ubezpieczonych.

6. Umową ubezpieczenia w formie grupowej zawiera się w przypadku obejmowania ochroną minimum 5 osób. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej, ochroną ubezpieczeniową może być objęta grupa osób będących pracownikami Ubezpieczającego, uczniami, studentami bądź wychowankami Ubezpieczającego, sportowcami zrzeszonymi bądź zatrudnionymi przez Ubezpieczającego bądź inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym.

7. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej imiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osoby wymienione w imiennym wykazie stanowiącym załącznik do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, na którym widnieje imiona i nazwiska Ubezpieczonych, adresy zamieszkania, numery PESEL (lista Ubezpieczonych).

8. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej bezimiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną wszystkie osoby należące do określonej kategorii, w szczególności osoby będące pracownikami (w przypadku obejmowania ochroną pracowników Ubezpieczającego), uczniami, studentami, studentami wychowankami (w przypadku obejmowania ochroną uczniów lub studentów lub wychowanków Ubezpieczającego), sportowcami (w przypadku obejmowania ochroną przez Ubezpieczyciela osób, które w sposób zawodowy lub amatorski uprawiają sport) lub inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym (np. uczestnicy imprez masowych, pensjonariusze itd.), określone w Umowie ubezpieczenia.

9. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie indywidualnej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.

10. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

11. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. Niniejsze OWU określają jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.

12. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek, obowiązkiem Ubezpieczającego jest:

- 1) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym niniejszych OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
13. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 12 pkt 1) – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałyby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.

§ 4

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umową ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia oraz klauzule, w ramach których Ubezpieczyciel ma ponosić odpowiedzialność.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się następujące dokumenty:
 - 1) deklarację przystąpienia poszczególnych osób – o ile wymaga tego Ubezpieczyciel,
 - 2) w odniesieniu do Umowy w formie grupowej imiennej – wykaz osób zgłoszonych do ubezpieczenia (listę Ubezpieczonych),
 - 3) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych od wnioskowanych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
7. W przypadku uchybienia obowiązku, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
8. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, niniejszych OWU, klauzul w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa oraz ewentualnych postanowień dodatkowych lub odmiennych od ustalonych w niniejszych OWU.

§ 5

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - 2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia:
 - a) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie indywidualnej – z dniem upływu okresu wypowiedzenia;
 - b) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym upływa okres wypowiedzenia;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 11 – z dniem upływu terminu do zapłaty;
 - 4) upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia (chyba że Umowa zostanie przedłużona w trybie określonym w § 3 ust. 2);
 - 5) śmierci Ubezpieczającego – z dniem śmierci Ubezpieczającego;
 - 6) w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie indywidualnej:
 - a) dożycia przez Ubezpieczonego 71 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia;
 - b) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków lub choroby Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu może dotyczyć również zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osób Współubezpieczonych – pod warunkiem włączenia do Umowy ubezpieczenia odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące wyłączeń w ochronie ubezpieczeniowej odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje klauzulę, z której postanowień to wynika, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może obejmować jedną lub kilka klauzul (ryzyk), będących w ofercie Ubezpieczyciela, na podstawie których wypłacane bądź spełniane są świadczenia w razie wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie tych klauzul. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul oraz w dokumencie ubezpieczenia.
2. W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie zapisów poszczególnych klauzul, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika co innego.
3. Osobie, która była Ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej Umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.
4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.
5. W okresie, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli nie jest udzielana ze względu na fakt, iż zgodnie z postanowieniami tej klauzuli ochrona ubezpieczeniowa:
 - 1) jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na zapisy dotyczące karencji);
 - 2) bądź uległa zawieszeniu;
 - 3) bądź wygasta na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności;Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli udziela zamiast tego ochrony w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, w którym Ubezpieczony na skutek takiego przekształcenia ochrony jest objęty wielokrotnie ochroną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenia wypłacane w ramach tej klauzuli podlegają kumulacji.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

§ 8

Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) ustalana jest przez stronę w dokumencie ubezpieczenia, o ile nie wynika wprost z postanowień danej klauzuli.
2. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach danego ryzyka, na zasadach ustalonych w OWU lub postanowieniach danej klauzuli.

§ 9

Składka

1. Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia, w szczególności zastosowanie okresów karencji. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia, wykonywanego zawodu, w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej – liczby Ubezpieczonych.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku Umów ubezpieczenia zawartych w formie grupowej imiennej, opłacana przez Ubezpieczającego składka powinna odpowiadać iloczynowi liczby osób Ubezpieczonych oraz kwoty składki za jednego Ubezpieczonego.
5. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
6. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
8. Niezapłacenie składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej w wymaganym terminie powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony/ Ubezpieczeni nie będą objęci ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
9. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
10. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniejszej wymaganej.
11. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 9, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowo, co najmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania.
12. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawartych w formie grupowej imiennej, w przypadku, gdy składka regularna zapłacona przez Ubezpieczającego jest niższa niż iloczyn liczby osób Ubezpieczonych oraz kwoty składki za jednego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu rozwiązanie Umowy w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których nie zapłacono składki w dodatkowym wyznaczonym terminie. W takim przypadku, jeżeli Ubezpieczający chce skorzystać z takiej możliwości, jest zobowiązany – najpóźniej w dniu wyznaczonym przez Ubezpieczyciela – do złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia ze wskazaniem w stosunku do których Ubezpieczonych Umowa ma ulec rozwiązaniu. Warunkiem skuteczności takiego oświadczenia Ubezpieczającego jest również to, że liczba osób wskazanych przez Ubezpieczającego powinna odpowiadać kwocie niedopłaty składki. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego skutecznego oświadczenia, o którym mowa w zdaniach poprzednich, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w całości.
13. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela przed upływem okresu, za który została zapłacona składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot

składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej przypadającej od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności do końca okresu, za który została zapłacona składka. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki zapłaconej za danego Ubezpieczonego nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

14. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

§ 10

Warianty ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest:
 - 1) w wariantcie pełnym: 24 godziny na dobę, na terenie całego świata;
 - 2) w wariantcie ograniczonym: w pracy oraz w drodze do/z pracy lub innego miejsca aktywności.
2. Wariant ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU oraz postanowieniami klauzul objętych Umową ubezpieczenia.

§ 11

Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W odniesieniu do Umów rocznych oraz długoterminowych automatycznie przedłużeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia na kolejny analogiczny okres zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 2, powoduje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia na taki analogiczny okres. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie wystawia nowego dokumentu ubezpieczenia.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych/Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
6. W przypadku Umów zawieranych w formie grupowej imiennej, w odniesieniu do osób, które zostały zgłoszone Ubezpieczycielowi do ubezpieczenia, zgodnie z zapisami § 15 ust. 3 i 4, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do takich osób rozpoczyna się:
 - 1) w odniesieniu do Umów zawartych ze stałą listą Ubezpieczonych – z dniem ustalonym w aneksie do Umowy ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do Umów zawartych ze zmienną listą Ubezpieczonych – od pierwszego dnia miesiąca rozpoczynającego dany okres rozliczeniowy, którego dotyczy zgłoszona lista osób Ubezpieczonych.
7. W przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa wobec nowego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.

§ 12

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich klauzul objętych Umową, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej:
 - a) z dniem, w którym dany Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 4;
 - b) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej bezimiennej – z dniem, w którym dany Ubezpieczony przestał spełniać określone w Umowie warunki kwalifikujące go do kategorii osób objętych ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z § 3 ust. 8;
 - c) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zgodnie z postanowieniami ust. 5, Ubezpieczający przekazał Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie dotychczasowego Ubezpieczonego na innego Ubezpieczonego;
 - 2) w odniesieniu do wszystkich Umów (zawartych zarówno w formie indywidualnej jak i grupowej):
 - a) z ostatnim dniem miesiąca, w którym dany Ubezpieczony ukończył 71 lat;
 - b) z dniem śmierci danego Ubezpieczonego;
 - c) z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1 (ochrona ubezpieczeniowa wygasa wobec wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy).
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach poszczególnych klauzul, o których mowa w § 7 ust. 1, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych klauzul.

3. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach danej klauzuli ulegnie zawieszeniu bądź wygaśnięciu, ochrona udzielana w ramach tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.
4. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej (zarówno bezimiennej jak i imiennej, a w przypadku formy imiennej – zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczony może wystąpić z Umowy ubezpieczenia z zachowaniem jednomiesięcznego terminu, którego koniec przypada na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o zrezygnowaniu przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej. Z dniem upływu powyższego terminu Ubezpieczony występuje z Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie zostanie złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.
5. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczającemu przysługuje prawo zmiany Ubezpieczonych. Zmiana Ubezpieczonego wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.

§ 13

Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do wszystkich ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonego nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego/Współubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, zamachów terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, misji pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy; w tym m.in. strajkach, sabotażach, parachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażywania narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - 6) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniami ich użycia;
 - 7) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 6) (np. marszość wątroby);
 - 8) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa;
 - 9) błędów w sztuce lekarskiej;
 - 10) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 11) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 12) prowadzenia pojazdu mechanicznego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 13) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych oraz – o ile postanowienia danej klauzuli nie stanowią inaczej – chorób przewlekłych;
 - 14) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia zawieranej w formie indywidualnej bądź przystąpieniem przez Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej;
 - 15) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób zawodowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z zawodowym uprawianiem sportu;
 - 16) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 17) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki zwrzawanych z użyciem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazd

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

- ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), splayów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwa górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających ww. dyscypliny sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
- 18) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
- Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
 - Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
3. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 14

Karencja

- Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji dla poszczególnych klauzul na zasadach wskazanych w ustęпах poniższych.
- Okresy karencji rozpoczynają się od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego. Okresy karencji – jeśli mają zastosowanie – wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
- W okresie karencji, mającym zastosowanie zgodnie z postanowieniami danej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa w tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.
- Z zastrzeżeniem ust. 7, w przypadku ochrony udzielanej w ramach grupowych Umów ubezpieczenia, Ubezpieczyciel stosuje karencję w zakresie ryzyk, o których mowa w ust. 5, w stosunku do:
 - Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia przy zawarciu Umowy ubezpieczenia;
 - Ubezpieczonych, którzy przystępują w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
 - Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zatrudnienia – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana przez pracodawcę na rachunek jego pracowników, a powstanie stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym nastąpiło już po zawarciu Umowy ubezpieczenia.
- Karencja w odniesieniu do osób, o których mowa w ust. 4, ma zastosowanie wyłącznie w zakresie następujących ryzyk, na zasadach określonych w postanowieniach klauzul dotyczących tych ryzyk:
 - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu (klauzula 33),
 - urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu (klauzula 34),
 - urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną (klauzula 35).
- Z zastrzeżeniem ust. 7, w stosunku do
 - osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach grupowych Umów ubezpieczenia po zawarciu Umowy, innych niż Ubezpieczeni, o których mowa w ust. 4;
 - Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach indywidualnych Umów ubezpieczeniaUbezpieczyciel stosuje karencję w odniesieniu do wszystkich ryzyk, w ramach których zgodnie z postanowieniami klauzul karencja ma zastosowanie, na zasadach określonych w postanowieniach tych klauzul.
- Z zastrzeżeniem ust. 8, karencja nie ma zastosowania w odniesieniu do danego ryzyka, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - Ubezpieczony przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy bądź wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia indywidualnego albo wystąpienie z Umowy ubezpieczenia grupowego);
 - inny zakład ubezpieczeń w ramach takiej innej Umowy ubezpieczenia udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do analogicznego ryzyka, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli w ramach Umowy ubezpieczenia

zawartej na podstawie niniejszych OWU, która to klauzula przewiduje okres karencji;

- od momentu rezygnacji z poprzedniej Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń lub od momentu wygaśnięcia ochrony w ramach analogicznego ryzyka objętego ochroną w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia (w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza) do momentu objęcia ochroną w ramach Umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni;
 - z zastrzeżeniem ust. 8, okres karencji ulega skróceniu o okres, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie takiego analogicznego ryzyka w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń.
8. W przypadku wskazanym w ust. 7, do momentu, w którym upłynąłby okres karencji przewidziany w postanowieniach danej klauzuli, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w granicach wynikających z warunków poprzedniej Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz w granicach wynikających z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU (z uwzględnieniem postanowień danej klauzuli). Oznacza to, że Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z uwzględnieniem tego limitu odpowiedzialności, który jest niższy oraz z uwzględnieniem tych ograniczeń zakresu ubezpieczenia, które są szersze.
9. Postanowienia ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio również w odniesieniu do sytuacji, w której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem (Concordia Polska).

§ 15

Szczegółowe postanowienia dotyczące Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej

- W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej mają zastosowanie postanowienia ustępow poniższych.
- W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczający w każdym momencie może zgłosić Ubezpieczycielowi wystąpienie okoliczności powodujących wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonych, o których to okolicznościach mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a) – b). W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wobec takich osób wygaśnie zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a) – b), a Ubezpieczyciel dokona odpowiedniego przeliczenia i zwrotu nadpłaconej składki, zgodnie z zasadami wskazanymi w § 9 ust. 13.
- W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej ze stałą listą Ubezpieczonych, objęcie ochroną ubezpieczeniową osób nieujętych w wykazie, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 2) – to jest liście Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia przy zawarciu Umowy – wymaga zgłoszenia przez Ubezpieczającego wniosku o objęcie nowych osób ochroną ubezpieczeniową oraz zgody Ubezpieczyciela na objęcie tych osób ochroną wyrażonej w drodze aneksu do Umowy.
- W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej ze zmienną listą Ubezpieczonych:
 - Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego pierwszy dzień nowego okresu rozliczeniowego (o ile strony nie ustaliły innego terminu przekazywania Ubezpieczycielowi tej listy);
 - Ubezpieczający może przy tym wskazywać według swojego uznania osoby, wobec których ochrona ubezpieczeniowa ma być udzielana w danym okresie rozliczeniowym (oznacza to, że wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej nie jest warunkowane przesłankami, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a)–b);
 - w przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym w terminie określonym w pkt 1), przyjmuje się, że lista ta nie uległa zmianie.
- W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych), niezależnie od postanowień ust. 2 do 4, Ubezpieczający może zgłosić Ubezpieczycielowi zmianę osoby Ubezpieczonego, co wywołuje skutki określone w § 12 ust. 5, zdanie ostatnie.
- Informacje, o których mowa w ustęпах powyższych, powinny być przekazywane przez Ubezpieczającego w formie pisemnej albo – jeżeli wynika to z ustaleń stron lub dokumentu ubezpieczenia – drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczyciela adres e-mail lub poprzez systemy informatyczne wskazane przez Ubezpieczyciela. W przypadku wskazania jako właściwej drogi elektronicznej, informacje przekazywane w inny sposób uważa się za bezskuteczne.

§ 16

Osoby uprawnione do świadczenia Uposażenia

- W odniesieniu do ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną na podstawie klauzuli, o ile z postanowień danej klauzuli nie wynika inaczej, Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – Uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.
- Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi w ustęпах poniższych.
- Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
 - w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
 - możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2) do 4) powyżej.
- Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
- W przypadku, w którym Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonego lub w przypadku, gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, przyjmuje się, że Uprawnionymi do świadczenia są:
 - współmałżonek Ubezpieczonego (o ile nie pozostaje w separacji);
 - jeśli brak Uprawnionego, o którym mowa w pkt 1) – naturalne bądź przysposobione dzieci Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 2) – rodzice Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 3) – spadkobiercy Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego).

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 17

Postępowanie w razie zdarzenia

- W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/ Uposażony jest obowiązany:
 - każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty zajścia zdarzenia;
 - złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub o złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu;
 - poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej;

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

- 7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia;
 - 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej opis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
 3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
 4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentu, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
 5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 18

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
4. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania, celem ustalenia stanu zdrowia tej osoby dla celów określenia rozmiaru należnego świadczenia. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Stan zdrowia takiej osoby może zostać ustalony również na podstawie dokumentacji lekarskiej, w szczególności w przypadku, gdy osoba ta już zmarła.
8. W przypadku, gdy ustalenie rozmiarów świadczenia zależy od ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa (w odniesieniu do

świadczeń, których dotyczą klauzule przewidujące odpowiedzialność Ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzeń w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się w sposób następujący:

- 1) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest w procentach, w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia zgodnie z:
 - a) Tabelą rodzaju uszczerbku (Tabela nr 1) – dla stopnia trwałego uszczerbku;
 - b) Tabelą rodzaju kalectwa (Tabela nr 2) – dla stopnia trwałego kalectwa;
 - c) Tabelą rodzaju inwalidztwa (Tabela nr 3) – dla stopnia inwalidztwa.
- 2) Tabele, o których mowa w pkt 1), są dostępne w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl oraz stanowią załącznik do niniejszych OWU.
- 3) Jeśli w wyniku jednej i tej samej przyczyny Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa, z zastrzeżeniem pkt 4), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się poprzez zsumowanie wartości procentowych poszczególnych rodzajów uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia, z tym zastrzeżeniem, że łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa nie może przekroczyć 100%.
- 4) W przypadku gdy dany rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w Tabeli nr 1, 2 lub 3, o których mowa w pkt 1), zawiera w sobie również inny rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w tejże Tabeli, jako podstawę do ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa przyjmuje się jedynie ten rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, który zawiera w sobie inne rodzaje uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia (przykładowo – w przypadku utraty całej kończyny dolnej Ubezpieczyciel nie będzie uwzględniał osobno uszkodzeń ciała takich jak utrata podudzia czy utrata stopy).
- 5) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12-stu miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był trwały uszczerbek na zdrowiu, trwałe kalectwo lub inwalidztwo. Późniejsza zmiana (polepszenie lub pogorszenie) stanu zdrowia nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- 6) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabel, o których mowa w pkt 1).

§ 19

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 20

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądź (np. usług) realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klauzuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

3. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 22

Zmiana treści Umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do Umowy pod rygorem nieważności, o ile niniejsze OWU nie stanowią inaczej.

§ 23

Przepisy mające zastosowanie do Umowy

1. Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. W sprawach niuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 24

Zatwierdzenie i wejście w życie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzą w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Członek Zarządu
Grzegorz Kukła

Prezes Zarządu
Jacek Smolarek

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło:
 - w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją lub
 - w następstwie pogryzienia przez psa, lub
 - śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia, Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenie określone w ust. 3.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty jednego dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
- W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3), warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osieroczone dzieci w chwili zajścia zdarzenia nie miały ukończonego 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
- Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło na terenie RP.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 4

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- komunikacja publiczna** – korzystanie z komunikacji miejskiej, tj. przejazd: autobusami, tramwajami, metrem, trolejbusem i/lub komunikacji międzydzielnicowej na terenie RP, tj. przejazd pociągami, autobusami w ramach usług świadczonych przez przedsiębiorstwo komunikacji samochodowej lub przelot samolotem licencjonowanych linii lotniczych;
- ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Z zastrzeżeniem ust. 4, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli,

Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

- Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony w trakcie wypadku miał zapięte pasy bezpieczeństwa, a dany pojazd posiadał poduszki bezpieczeństwa i miał ważny przegląd techniczny, Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowe świadczenie określone w ust. 3.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi:
 - 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli wypadek nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub
 - 15% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa oraz dany pojazd posiadał ważny przegląd techniczny i był wyposażony w poduszki bezpieczeństwa.
- Jeśli bezpośrednią przyczyną wypadku komunikacyjnego będzie przekroczenie przez Ubezpieczonego – będącego kierowcą pojazdu mechanicznego – dopuszczalnej prędkości o co najmniej 60 km/h, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, oraz ograniczy świadczenie, o którym mowa w ust. 1, do 50% sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło na terenie RP.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 3 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM W PRACY

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- ruch komunikacyjny w pracy** – ruch komunikacyjny w rozumieniu definicji z pkt 1), jeżeli ten ruch komunikacyjny ma miejsce podczas wykonywania czynności związanych ze sferą życia zawodowego Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy pozostaje on w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej, czy też prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek lub wykonuje czynności jako wspólnik spółki bądź członek organów osoby prawnej. Przez ruch komunikacyjny w pracy nie jest rozumiany ruch komunikacyjny mający miejsce w czasie przemieszczania się przez Ubezpieczonego pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem wykonywania czynności zawodowych oraz miejscem wykonywania czynności zawodowych a miejscem zamieszkania.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w pracy w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie przestrzegł przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (o ile takie przepisy obowiązują w odniesieniu do czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego), co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

- Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności, jeśli nieszczęśliwy wypadek w ruchu komunikacyjnym nastąpił w trakcie przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub na zwolnieniu lekarskim.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 4 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA TERENIE ZAKŁADU PRACY

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terenie zakładu pracy bądź w miejscu wykonywania przez Ubezpieczonego czynności zawodowych (to jest czynności związanych ze sferą życia zawodowego Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy pozostaje on w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej, czy też prowadzi działalność gospodarczą na własny rachunek lub wykonuje czynności jako wspólnik spółki bądź członek organów osoby prawnej), pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w trakcie wykonywania tak rozumianych czynności zawodowych, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie przestrzegł przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (o ile takie przepisy obowiązują w odniesieniu do czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego), co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił w trakcie przebywania przez Ubezpieczonego na urlopie wypoczynkowym, wychowawczym lub macierzyńskim lub na zwolnieniu lekarskim, lub gdy nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w czasie przemieszczania się przez Ubezpieczonego pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem wykonywania czynności zawodowych oraz miejscem wykonywania czynności zawodowych a miejscem zamieszkania.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 3

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 4

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULE

KLAUZULA 5 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
2. Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza.
3. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu 6 miesięczną karencję.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 7 ŚMIERĆ DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili śmierci dziecko Ubezpieczonego miało ukończony 1 rok życia i nie miało ukończonego 25 roku życia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zgodnie z § 2 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,

- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 7) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 9 ŚMIERĆ WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

współmałżonek Ubezpieczonego – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:

- a) który ukończył 18 rok życia oraz
- b) który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci współmałżonka Ubezpieczonego, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci współmałżonka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 11 RENTA DLA KAŻDEGO Z OSIEROCONYCH DZIECI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko renty dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci każdemu z osieroconych dzieci (bez względu na ich liczbę) sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli lub – w przypadku, gdy Uprawniony wyrazi taką wolę – sumę ubezpieczenia podzieloną na 12 równych części, w formie wypłaty renty miesięcznej, płatnej przez okres 12 miesięcy.
2. Świadczenia zostaną wypłacone na rzecz tych dzieci Ubezpieczonego, które w chwili śmierci Ubezpieczonego nie miały ukończonego 25 roku życia lub są trwałe i całkowicie niezdolne do pracy zgodnie z orzeczeniem organu emerytalno-rentowego.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka renty dla każdego z osieroconych dzieci Ubezpieczonego w następstwie śmierci Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawnionego,
- 3) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 4) karty statystycznej do karty zgonu lub inne zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu,
- 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 6) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi również odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku uciążliwości leczenia, jeśli sytuacja kwalifikowana jako uciążliwość leczenia w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli wystąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku i rozpoczęła się w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynny sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów uszczerbku (Tabela nr 1).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz bez względu na ilość trwałych uszczerbków na zdrowiu doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, za który Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 13 TRWAŁE KALECTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek kalectwa Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, jeśli dane kalectwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynny sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia trwałego kalectwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów kalectwa (Tabela nr 2).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego kalectwa oraz bez względu na ilość trwałych kalectw doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia trwałego kalectwa, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego kalectwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie w związku z tym

samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, kwota świadczenia z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 14 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym przebywał w szpitalu przez 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) **ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym trwałego inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel ponosi również odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym uciążliwości leczenia, jeśli sytuacja kwalifikowana jako uciążliwość leczenia w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli wystąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku i rozpoczęła się w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym trwałego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynny sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym oraz procentu stopnia trwałego inwalidztwa (Tabela nr 3).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego inwalidztwa oraz bez względu na ilość trwałych inwalidztw doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami

niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, kwota świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 15 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

uciążliwość leczenia – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek zawału serca lub udaru mózgu przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dob i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym zawałem serca lub udarem mózgu.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
2. Ubezpieczyciel ponosi również odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu uciążliwości leczenia, jeśli sytuacja kwalifikowana jako uciążliwość leczenia w rozumieniu § 1 niniejszej klauzuli wystąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku i rozpoczęła się w okresie 180 dni od daty zawału serca lub udaru mózgu.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu oraz procentu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów uszczerbku (Tabela nr 1).

2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – bez względu na liczbę zawałów serca lub udarów mózgu powodujących wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz bez względu na ilość trwałych uszczerbków na zdrowiu doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeżeli w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu lub ich konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia zdarzenia, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, a następnie w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 16 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, w dacie określonej zgodnie z postanowieniami ust. 4.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,

- b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.

4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
2. Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy, bez względu na to, czy ustalenie tego okresu nastąpiło na podstawie jednego orzeczenia czy też następujących po sobie orzeczeń. Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływny okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy.
3. Jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego zostanie orzeczona trwała i całkowita niezdolność do pracy, świadczenie wynikające z ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego w ramach klauzuli czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach tej klauzuli).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - 2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalający na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływny okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy

oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 17 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia i nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowego lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie chorobą niebędącą następstwem nieszczęśliwego wypadku.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
5. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
2. Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy, bez względu na to, czy ustalenie tego okresu nastąpiło na podstawie jednego orzeczenia czy też następujących po sobie orzeczeń. Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy, a jednocześnie ponowne wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy będzie spowodowane:
 - 1) inną chorobą niż choroba, która spowodowała poprzednią całkowitą niezdolność do pracy;
 - 2) oraz inną chorobą, niż choroba pozostająca w związku z chorobą, o której mowa w pkt 1).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - 2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie

przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszyły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2.

2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 18 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 180 dni od daty zdarzenia, w dacie określonej zgodnie z postanowieniami ust. 4.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowego lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Trwała i całkowita niezdolność do pracy, powodująca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli, spowodowana może być wyłącznie zawałem serca lub udarem mózgu.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika, jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
2. Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy, bez względu na to, czy ustalenie tego okresu nastąpiło na podstawie jednego orzeczenia czy też następujących po sobie orzeczeń.

Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym:

- 1) Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia);
- 2) a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy;
- 3) a jednocześnie ponowne wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy będzie spowodowane inną przyczyną, niż wystąpienie poprzedniej całkowitej niezdolności do pracy (oznacza to, że jeśli przyczyną poprzedniej całkowitej niezdolności do pracy był np. zawał serca, Ubezpieczyciel będzie ponosił odpowiedzialność w przypadku ponownego wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej udarem mózgu).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - 2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w ust. § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszyły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udziela w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w OWU, również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 19 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania wydanego i zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uznaje się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznej lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszczędności i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmującym pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

- 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczonej od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uznaje się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.
 3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczonej od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczenia z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

**KLAUZULA 20
POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU
W NASTĘPSTWIE CHOROBY**

§ 1

Definicje i skróty

- Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:
- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej.
 - 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
 - 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie chorobą.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 3 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.
5. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uznaje się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z leczeniem bezpłodności,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno-kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 4) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organy administracji państwowej,
 - 5) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 6) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych.
6. W odniesieniu do pobytów Ubezpieczonego w szpitalu związanych z ciążą, porodem i pologiem, za zdarzenie ubezpieczeniowe Ubezpieczyciel będzie uważał wyłącznie taki pobyt (bądź taką jego część), która jest związana z ciążą, porodem lub pologiem rozumianymi jako choroba, zgodnie z powszechnie przyjętymi regulami wiedzy medycznej (w szczególności określonymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych „ICD-10”, zatwierdzonymi przez Międzynarodową Organizację Zdrowia).
7. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się również pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany z chorobą przewlekłą, pod warunkiem, że ta choroba przewlekła została zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w trakcie tego pobytu w szpitalu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za kolejne pobytu Ubezpieczonego w szpitalu związane z taką chorobą przewlekłą.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmującym pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
 - I. **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).
 - II. **Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium**
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - III. **Pobyt Ubezpieczonego na OIOM**

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie choroby Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
 - 3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.
2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.
 3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

§ 2

Zdarzenia ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującego konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za długotrwały i uciążliwy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 30 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uważa się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organy administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia określonego dla tego ryzyka, za każde ukończone 30 dni pobytu w szpitalu (świadczenie miesięczne).
2. Ubezpieczyciel wypłaci w okresie ubezpieczenia nie więcej niż trzy świadczenia miesięczne, w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka długotrwałego i uciążliwego pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu długotrwałego i uciążliwego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 22

POBYT DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 2) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 3) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
- 4) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której dziecko Ubezpieczonego przebywało w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt dziecka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uważa się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organy administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia zdarzenia dziecko Ubezpieczonego miało ukończony 1 rok życia i nie miało ukończony 25 roku życia.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariancie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmującym pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu dziecka Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazany jest dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. **Pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty

pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).

II. Pobyt dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź sanatorium

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może łącznie przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

III. Pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu dziecka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania dziecka Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może łącznie przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

3) Za pobyt dziecka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.

2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 2 ust. 5 niniejszej klauzuli.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 3) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania przez dziecko Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 23 POBYT WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostreniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której współmałżonek Ubezpieczonego przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania, zatwierdzonego w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy;
- 4) **współmałżonek Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, po warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:
 - a) który ukończył 18 rok życia oraz
 - b) który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2

Zdarzenia ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uważa się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastyczno – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłeski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organy administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3

Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariantach:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nie obejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala,

bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).

2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. **Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu**
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).

II. Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania współmałżonka Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może łącznie przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

III. Pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może łącznie przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

3) Za pobyt współmałżonka Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.

2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym współmałżonek Ubezpieczonego ukończył 65 rok życia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa również na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 pkt 4) niniejszej klauzuli.

**§ 6
Zawiadomienie**

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu współmatronka Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt współmatronka Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany,
- 4) odpisu skróconego aktu małżeństwa (nie dotyczy partnera),
- 5) dokumentów potwierdzających okoliczności doznania wypadku.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

**KLAUZULA 24
POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO**

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **udar mózgu** – udar mózgu – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistnienia, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowe powstanie uniesienia lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,

- d) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 4) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
 - 5) **przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
 - 6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
 - 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
 - 8) **ładogny 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 trwałe ubytki neurologiczne;
 - 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6, przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
 - 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna oboczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
 - 11) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
 - 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakiegokolwiek procedur terapeutycznych;
 - 13) **ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 14) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione;
 - 15) **śpiączka** – stan, w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
 - 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
 - 17) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię

- i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- a) przetwarzanie preparatów krwiopochodnych,
 - b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 18) **zakażenie wirusem HIV/AIDS** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
 - a) przetoczenie zakazanej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakazanej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
 - b) jako wynik przypadkowego ułucia się igłą/ skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, technika laboratoryjnego, strażaka lub policjanta, pracownika służby więziennej. 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, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
 - c) przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;
 - 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfelda Jakoba, powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
 - b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - c) samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
 - 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmocnienie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest choroba Parkinsona, spowodowana nadużywaniem leków lub alkoholu;
 - 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu. Pojęcie to nie obejmuje jakiegokolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiel, malformacji naczyniowych, guzów trzysadki i rdzenia kręgowego i czy ziarniaków;
 - 22) **paraliż** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
 - 23) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
 - a) szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - b) szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - c) szybko narastająca żółtaczka,
 - d) martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;
 - 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednocześnie rozpoznanie choroby musi być postawione

przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, odstępiania pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencji i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;

25) **ciężka sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno >2 odchyłań standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej >38,5°C lub <36°C,
- częstość oddechów >2 odchyłań standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuromięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi >120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;

26) **przewlekłe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby, cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania, została zdiagnozowana w życiu Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to pod warunkiem, że zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego z wariantów zakresu ochrony, o których mowa w § 4.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio:

- w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badanie palpacyjne odbytu).
6. Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstęp pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantach:
 - standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór złośliwy,
 - przeszczep narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór złośliwy,
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny nowotwór mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - anemia aplastyczna,
 - zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - oponiak,
 - paraliż,
 - wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
 - choroba Alzheimera,
 - ciężka sepsa,
 - przewlekłe zapalenie wątroby typu C.
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

- Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
- W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - w zakresie standardowym:
 - przeszczep narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - w zakresie pełnym:
 - przeszczep narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,

- ciężkie oparzenie,
- śpiączka,
- choroba Creutzfelda Jakoba,
- choroba Parkinsona,
- choroba Alzheimera.

3. Z zachowaniem skutków dotyczących ograniczenia ochrony wynikających z ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- wniosku o wypłatę świadczenia,
- kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 25 POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

- dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 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 trwałą utratę neurologiczną;
- przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych” na skórze;
- śpiączka** – stan, w którym znalazło się dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

KLAUZULE

odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób dziecka Ubezpieczonego;

- 7) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującej dokumentacji medycznej;
- 8) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe, ale nie udowodnione.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania została zdiagnozowana w życiu dziecka Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań:
 - 1) nowotwór złośliwy,
 - 2) łagodny nowotwór mózgu,
 - 3) przewlekła niewydolność nerek,
 - 4) zapalenie wątroby typu B,
 - 5) śpiączka,
 - 6) dystrofia mięśniowa,
 - 7) stwardnienie rozsiane.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia zdarzenia dziecko Ubezpieczonego miało ukończony 1 rok życia i nie miało ukończonych 25 roku życia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w wyniku powtórnego wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 2) w wyniku poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku, gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 2 ust. 5 niniejszej klauzuli.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie

o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 5) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania,
- 6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 26

POWAŻNE ZACHOROWANIE WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **współmałżonek Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz, że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:
 - a) który ukończył 18 rok życia oraz
 - b) który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągnął kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe;
- 2) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk podurazowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 3) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 4) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- d) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczycowego,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 5) **przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 7) **przeszczep narządów** – przeszczepienie współmałżonkowi Ubezpieczonego jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie go na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- 8) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniająca łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości Aspart i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy;
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych” na skórze;
- 9) **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 trwałe ubytki neurologiczne;
- 10) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6, przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 11) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczną utratą wzroku spowodowaną zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 12) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 13) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 14) **ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 15) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe, ale nie udowodnione;
- 16) **śpiączka** – stan, w którym znalazł się współmałżonek Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób współmałżonka Ubezpieczonego;
- 17) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;

18) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające 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;

19) **zakażenie wirusem HIV/AIDS** – 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 ułknięcia się igłą/ skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, technika laboratoryjnego, strażaka lub policjanta, pracownika służby więziennej. 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, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biocypryprzecepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;

20) **choroba Creutzfelda Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfelda Jakoba, powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:

- kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
- samodzielnego ubierania się i rozbiierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
- samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
- samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
- samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;

21) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest choroba Parkinsona, spowodowana nadużyciem leków lub alkoholu;

22) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu. Pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbiel, malformacji nacyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;

23) **paraliż** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;

24) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadzącą do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczka,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużyciem alkoholu lub leków;

25) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby

chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, ostepienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;

26) **ciężka sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn w krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno >2 odchyłań standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foley'a lub w żyłce centralnej >38,5°C lub <36°C,
- częstość oddechów >2 odchyłań standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuro mięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi >120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;

27) **przewlekłe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby, cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania została zdiagnozowana w życiu współmałżonka Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczyśliwy wypadek, to zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczyśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty Umową ubezpieczenia.
- Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego.
- W przypadku, gdy u współmałżonka Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz

świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio:
 - w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką współmałżonka Ubezpieczonego polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badanie palpacyjne odbytu).
- Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstępow między badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4

Warianty zakresu ochrony

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantcie:
 - standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór złośliwy,
 - przeszczep narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - zawał serca,
 - udar mózgu,
 - nowotwór złośliwy,
 - przeszczep narządów,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - zapalenie wątroby typu B,
 - łagodny nowotwór mózgu,
 - leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - utrata wzroku,
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - ciężkie oparzenie,
 - stwardnienie rozsiane,
 - śpiączka,
 - pulmonektomia,
 - anemia aplastyczna,
 - zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - oponiak,
 - paraliż,
 - wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
 - choroba Alzheimera,
 - ciężka sepsa,
 - przewlekłe zapalenie wątroby typu C.
- Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli.

§ 6

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

- Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - w związku z pełnieniem przez współmałżonka Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpieniem którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpieniem którego Uprawniony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku, gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpieniem którego wypłacono świadczenie.

KLAUZULE

2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:

- w zakresie standardowym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewłękła niewydolność nerek;
- w zakresie pełnym:
 - przeszczep dużych narządów,
 - przewłękła niewydolność nerek,
 - utrata kończyn,
 - ciężkie oparzenie,
 - śpiączka,
 - choroba Creutzfelda Jakoba,
 - choroba Parkinsona,
 - choroba Alzheimera.

3. Z zachowaniem skutków dotyczących ograniczenia ochrony wynikających z ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania współmałżonka Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym współmałżonek ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- wniosku o wypłatę świadczenia,
- kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- kopii dowodu tożsamości współmałżonka Ubezpieczonego,
- odpis skróconego aktu małżeństwa (nie dotyczy partnera),
- innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.

§ 8 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 27 ZASOWA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, jeśli dana niezdolność do pracy nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
- Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest pojedyncze orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. Jednak jako podstawy do uznania zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie uznaje się orzeczeń wydanych w celu ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Wydanie kolejnego orzeczenia przedłużającego okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy, nie będzie uważane za wystąpienie nowego zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia dla ryzyka czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel może wypłacić tylko jedno świadczenie w odniesieniu do jednego nieprzerwanego okresu całkowitej niezdolności do pracy. Ewentualne wydanie kolejnego orzeczenia przedłużającego okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego

do pracy, nie uprawnia Ubezpieczonego do nowego świadczenia. Kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie Ubezpieczony zostanie ponownie uznany za czasowo niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy.

§ 3

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony dozna nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony dozna trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka dodatkowego trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie dodatkowe z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia dodatkowego z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia dodatkowego należnego z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa:
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszyły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1) lub ust. 2).
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za czasowo niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o czasowej niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 28

INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania

przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Tabela nr 3).
- Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez Ubezpieczonego.
- Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli Ubezpieczony dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 29 INWALIDZTWO WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności współmałżonka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej

KLAUZULE

egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika;

- 2) **współmałżonek Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za współmałżonka uznaje się również niespokrewnionego z Ubezpieczonym Partnera, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest stanu wolnego oraz, że Partner ten został zgłoszony Ubezpieczycielowi najpóźniej w chwili obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową:
- który ukończył 18 rok życia oraz
 - który jest zameldowany pod tym samym adresem co Ubezpieczony przynajmniej od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub wspólnie z Ubezpieczonym zaciągają kredyt hipoteczny i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe lub posiada z Ubezpieczonym przynajmniej jedno dziecko i wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Tabela nr 3).
- Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez współmałżonka Ubezpieczonego.
- Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli współmałżonek Ubezpieczonego dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami współmałżonek Ubezpieczonego poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka inwalidztwa współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego współmałżonka w rozumieniu § 1 pkt 2) niniejszej klauzuli.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 30 INWALIDZTWO DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności dziecka Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia zdarzenia dziecko Ubezpieczonego miało ukończony 1 rok życia i nie miało ukończonego 25 roku życia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez dziecko Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Tabela nr 3).
- Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez dziecko Ubezpieczonego.
- Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, dziecko Ubezpieczonego zostanie uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

- Jeżeli dziecko Ubezpieczonego dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami dziecko Ubezpieczonego poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

 - jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego

(jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka inwalidztwa dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka spełniającego warunki do powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z § 2 ust. 2 niniejszej klauzuli.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 31 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl oraz stanowi załącznik do OWU (Tabela nr 5).

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegów endoskopowych oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szycie ran powierzchniowych czy usunięcie ciała obcych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek choroby zostanie poddany operacji chirurgicznej, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną przeprowadzenia danej operacji chirurgicznej została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby 6 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:
 - 1 stopień trudności – 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2 stopień trudności – 45% sumy ubezpieczenia,
 - 3 stopień trudności – 15% sumy ubezpieczenia.
- Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (Tabela nr 5).
- W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniał w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy. W przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
- Wysokość wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie choroby

– w odniesieniu do operacji chirurgicznych, którym Ubezpieczony zostały poddany w jednym rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznie – kosmetycznych lub operacji zmiany płci,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku kalendarzowego od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.

§ 5

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 7

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 32 OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

operacja chirurgiczna – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Katalog operacji chirurgicznych, za przeprowadzenie których ponosi odpowiedzialność Ubezpieczyciel dostępny jest w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl, oraz stanowi załącznik do niniejszych OWU (Tabela nr 5).

Za operację nie uważa się zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych, takich jak: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe oraz drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających hospitalizacji, takich jak: szyć ran powierzchownych czy usunięcie ciał obcych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku zostanie poddany operacji chirurgicznej.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w zależności od stopnia trudności danego rodzaju operacji. Stopień trudności operacji przyjmuje wartość wyrażoną w liczbach całkowitych, w skali od 1 do 3, od „operacji najcięższej” do „operacji najlżejszej”. W zależności od

stopnia trudności oraz danego rodzaju operacji wypłaca się następujący procent sumy ubezpieczenia:

- 1 stopień trudności – 100% sumy ubezpieczenia,
- 2 stopień trudności – 45% sumy ubezpieczenia,
- 3 stopień trudności – 15% sumy ubezpieczenia.

2. Wykaz rodzajów operacji objętych zakresem przedmiotowym Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem stopnia trudności, określa katalog operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli (Tabela nr 5).
3. W przypadku, gdy dany rodzaj operacji chirurgicznej będzie uwzględniać w sobie inny rodzaj operacji chirurgicznej albo w przypadku wykonywania kilku operacji chirurgicznych podczas tego samego pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za ten rodzaj operacji chirurgicznej, której stopień trudności jest najwyższy; w przypadku równego stopnia trudności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za jeden rodzaj operacji chirurgicznej.
4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do operacji chirurgicznych, którym Ubezpieczony zostały poddany w jednym rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

§ 4

Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

Jeżeli Ubezpieczony zostanie poddany operacji chirurgicznej powodującej zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tą operacją chirurgiczną bądź nieszczęśliwym wypadkiem będącym przyczyną tej operacji poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty poddania się przez Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, i jednocześnie będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:

- 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z operacją, w której Ubezpieczony był dawcą organu lub narządu,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznie – kosmetycznych lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w związku z przeprowadzeniem operacji, która nie jest zawarta w katalogu operacji chirurgicznych, o którym mowa w § 1 niniejszej klauzuli.
2. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej danego rodzaju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do wypadków ubezpieczeniowych polegających na przeprowadzeniu następnych operacji tego samego rodzaju lub operacji innego rodzaju, ale wynikających lub powiązanych z operacją, za którą Ubezpieczony otrzymał świadczenie, a za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zostaje zawieszona na okres jednego roku kalendarzowego od dnia przeprowadzenia operacji, której przeprowadzenie uprawniało Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia.

§ 6

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 7

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela,
- 4) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policyjne, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 5) karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 8

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 33 URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się dziecka Ubezpieczonego bądź polegającego na przysposobieniu przez Ubezpieczonego dziecka. W odniesieniu do zdarzenia polegającego na przysposobieniu przez Ubezpieczonego dziecka za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przysposobienia dziecka.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia dla ryzyka urodzenia się dziecka Ubezpieczonego.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) opisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 34 URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA UBEZPIECZONEMU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

dziecko Ubezpieczonego – Współubezpieczony – dziecko Ubezpieczonego, które urodziło się martwe, w konsekwencji czego został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci dziecka Ubezpieczonego, w konsekwencji której został sporządzony akt urodzenia z adnotacją, że dziecko Ubezpieczonego urodziło się martwe.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego 9,5 miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia dla ryzyka urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Uprawionego,
- 3) opisu skróconego aktu urodzenia dziecka, z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 35 URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **wada wrodzona dziecka** – wystąpienie jednego ze stanów określonych w pkt 2) do 8) poniżej;
- 2) **fenyloketonuria** (ICD-10 E70.0) – choroba u podłoża której leży mutacja genu odpowiedzialnego za aktywność enzymu hydroksylazę fenyloalaninową (PAH). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone po minimum 7 dniach od dnia urodzin dziecka badaniem kolorymetrycznym wykazującym stężenie fenyloalaniny lub badaniem metabolitów fenyloalaniny w moczu z zastosowaniem FeCl₃. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy (wg podziału klinicznego) fenyloketonurii klasycznej (aktywność PAH <1%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie > 1200 μmol/l). Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za łagodne formy choroby takie jak fenyloketonuria łagodna (aktywność PAH 1-3%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie 600-1200 μmol/l) lub hiperfenyloalaninemia łagodna (aktywność PAH 3-6%, stężenie fenyloalaniny we krwi na zwykłej diecie <600 μmol/l);
- 3) **abytek przegrody międzykomorowej** (ICD-10 Q21.0) – wrodzona wada serca, polegająca na ubytku w części bliźniastej przegrody międzykomorowej lub części mięśniowej. Ubezpieczyciel odpowiada za te przypadki ubytku przegrody międzykomorowej, które wymagają leczenia chirurgicznego (operacji). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym lub USG pozwalającym określić wielkość i lokalizację ubytku oraz wielkość przecieku oraz badaniem EKG stwierdzającym patologiczny lewoqram, głębokie załamki S w odprowadzeniach przedsercowych V1-V3, wysokie załamki R w odprowadzeniach V4-V6;
- 4) **galaktozemia** (ICD-10 E74.2) – choroba genetyczna objawiająca się brakiem enzymu galaktozo-1-fosforanourydylo-transferazy (G-1-UPT) lub brakiem galaktokinazy co doprowadza do niemożliwości przekształcenia galaktozy w glukozę. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone wynikami badań stwierdzającymi podwyższone stężenie galaktozy we krwi, obecność galaktozy w moczu oraz brakiem transferazy w krwinkach czerwonych;
- 5) **tetralogia Fallota (zespół Fallota)** (ICD-10 Q21.3) – wrodzona wada serca, na którą składają się zwężenie drogi odpływu prawej komory, duży ubytek w przegrodzie międzykomorowej, przesunięcie w prawo aorty (aorta jeżdżąc, prawostronne położenie aorty, dekstropozycja aorty) oraz przerost prawej komory serca, wtórny do zwężenia. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem radiologicznym lub USG oraz badaniem EKG;
- 6) **zespół Downa** (ICD-10 Q90) – zespół wad wrodzonych spowodowany obecnością dodatkowego chromosomu 21 albo jego części, objawiający się typowymi dla tej choroby cechami dysmorficznymi. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem cytogenetycznym. Ubezpieczyciel odpowiada za urodzenia dziecka z Zespołem Downa, którego matka nie ukończyła w dniu urodzin dziecka 37 roku życia;
- 7) **wodogłowie wrodzone** (ICD-10 Q03) – zwiększenie objętości płynu mózgowo-rdzeniowego noworodka w układzie komorowym mózgu spowodowane nieprawidłowym krążeniem płynu mózgowo-rdzeniowego w następstwie wrodzonych wad anatomicznych powodujących wzrost ciśnienia śródczaszkowego powyżej wartości 3 cm H₂O. Definicja nie obejmuje wodogłowie nabytego (ICD-10 G91), wodogłowie spowodowanego wrodzoną toksoplazmozą (ICD-10 P37.1), wodogłowie ze współistniejącym rozszczępiem kręgosłupa (Q05.0-Q05.4) oraz Zespołu Arnoldda-Chiariego (Q07.0). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem USG lub badaniem tomograficznym;
- 8) **mukowiscydoza** (ICD-10 E84) – wrodzona, genetycznie uwarunkowana choroba ogólnoustrojowa o różnorodnej ekspresji klinicznej, będąca następstwem mutacji genu odpowiedzialnego za syntezę błonowego kanału chlorkowego CFTR. Ubezpieczyciel – w ramach niniejszej definicji – odpowiada wyłącznie mutację delta F 508. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone dodatnim wynikiem testu potowego (Cl->60 mmol/l w co najmniej dwóch badaniach), wykryciem mutacji w obu allelach CFTR, lub dużą wartością przezbłonowej różnicy potencjałów;
- 9) **dziecko Ubezpieczonego** – Współubezpieczony; dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, przy czym urodzenie nastąpiło nie wcześniej niż w 22 tygodniu ciąży lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Zdarzenia ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu z wadą wrodzoną, jeśli zdiagnozowanie wady wrodzonej dziecka nastąpi przed upływem 180 dni od daty urodzenia dziecka.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu z wadą wrodzoną 9,5 miesięczną karencję.
3. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające wystąpienie jednej ze wskazanych w § 1 chorób oraz fakt, że dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla ryzyka urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka z wadą wrodzoną.
2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeśli urodziło się dziecko, u którego stwierdzono jedną lub kilka wad lub chorób wskazanych w § 1. Świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia dla ryzyka urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną niezależnie od tego, ile wad wrodzonych dziecka Ubezpieczonego zostało stwierdzonych.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również wszelkiej dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie jednej z ww. chorób/wad.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 36 POKRYCIE KOSZTÓW PRZESZCZEPÓW LUB REKONSTRUKCJI ORGANU W WYNIKU CHOROBY NOWOTWORWEJ LUB W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- nowotwór złośliwy (choroba nowotworowa)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
- Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, gdy Ubezpieczony poddał określoną część ciała przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabył protezy. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby przeszczep, rekonstrukcja lub nabycie protezy było następstwem określonego uszczerbku na zdrowiu, którego Ubezpieczony doznał na skutek nowotworu złośliwego (choroby nowotworowej) lub nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w odniesieniu do tych rodzajów uszczerbków na zdrowiu, których następstwem było poddanie określonej części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi bądź rekonstrukcji lub nabyciu protezy przez Ubezpieczonego, które zostały wymienione w Tabeli nr 4, dostępnej na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl oraz stanowiącej załącznik do niniejszych OWU. Odpowiedzialność

Ubezpieczyciela zachodzi zarówno w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu jest bezpośrednią konsekwencją nowotworu złośliwego (choroby nowotworowej) lub nieszczęśliwego wypadku, jak również gdy jest konsekwencją związaną z nimi leczenia.

2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pokrycia kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku nowotworu złośliwego (choroby nowotworowej) lub następstw nieszczęśliwych wypadków 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną przeszczepów lub rekonstrukcji organu był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe ma związek z chorobą Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną przeprowadzenia danego przeszczepu lub rekonstrukcji organu została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej określony procent sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu danego uszczerbku na zdrowiu ustalonego w zależności od stopnia doznanego przez Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu, zgodnie z Tabelą nr 4.
2. Jeśli w wyniku jednej przyczyny Ubezpieczony dozna kilku rodzajów uszczerbków na zdrowiu, których następstwem było poddanie określonych części ciała Ubezpieczonego przeszczepowi, bądź rekonstrukcji lub nabyciu protez przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela obejmuje wszystkie rodzaje przeszczepów bądź rekonstrukcji, którym poddał się Ubezpieczony, jak również wszystkie przypadki nabycia protez w związku z tym samym zdarzeniem.

3. W przypadku, gdy przeszczep bądź rekonstrukcja bądź nabycie protezy spowodowana doznaniem danego rodzaju uszczerbku na zdrowiu będzie uwzględniać w sobie przeszczep bądź rekonstrukcję, bądź nabycie protezy spowodowane doznaniem innego rodzaju uszczerbku na zdrowiu (zgodnie z Tabelą nr 4) w wyniku zajścia tego samego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe za przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub nabycie protezy, za które świadczenie ubezpieczeniowe będzie najwyższe (przykładowo w przypadku protezy ramienia powyżej stawu łokciowego, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie z tego tytułu, a nie wypłaca świadczeń z tytułu protezy przedramienia powyżej stawu promieniowo-nadgarstkowego).

4. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów przeszczepów lub rekonstrukcji organu w wyniku choroby nowotworowej lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku, których Ubezpieczony dokonał w rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych niezwiązanych z chorobą nowotworową lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 4) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
2. Ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia do przeszczepów i rekonstrukcji powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie przeszczepu bądź rekonstrukcji lub zakup protezy,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia,

zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 5) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 37 ZAPADNIĘCIE UBEZPIECZONEGO W ŚPIĄCZKĘ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

śpiączka – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli Ubezpieczony zapadł w śpiączkę, wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 10 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dzienne za każdy dzień śpiączki Ubezpieczonego licząc od dnia zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę.
2. Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel w ramach jednej Umowy ubezpieczenia wypłaci nie więcej niż wysokość 100% sumy ubezpieczenia (100 świadczeń dziennych).

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie choroby.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 38 POKRYCIE KOSZTÓW UTRZYMANIA I OBSŁUGI ZADŁUŻENIA

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia w życiu Ubezpieczonego, w trakcie spłacania pożyczki i/lub kredytu i ponoszenia opłat eksploatacyjnych z tytułu użytkowania miejsca zamieszkania, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowanie choroby, będących podstawą orzeczenia niezdolności do pracy, w okresie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest

orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:

- 1) na okres nie krótszy niż 5 lat,
- 2) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest pojedyncze orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. Jednak jako postawy do uznania zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie uznaje się orzeczeń wydanych w celu ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Wydanie kolejnego orzeczenia przedłużającego okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy nie będzie uważane za wystąpienie nowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku lub dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, jeśli przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
5. W odniesieniu do świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 2), odpowiedzialność Ubezpieczyciela zachodzi pod warunkiem, że dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określany zgodnie z regulami wskazanymi w ust. 1 do 4 przypada na okres, w którym Ubezpieczony jest stroną umowy pożyczki lub kredytu.
6. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości zgodnej z zapisami ust. 3, 4 i sumą ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch elementów:
 - 1) świadczenie polegającego na pokryciu ryczałtowo opłat, które Ubezpieczony musi ponosić w związku z użytkowaniem miejsca zamieszkania (opłaty za prąd, gaz, wodę itp.);
 - 2) świadczenia polegającego na spłaceniu kredytu/ów (pożyczek itp.), które w okresie niezdolności do pracy Ubezpieczony jest zobowiązany spłacać.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), jest świadczeniem jednorazowym i wynosi 40% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), jest świadczeniem jednorazowym i jest wypłacane w wysokości kosztów wynikających z umowy kredytu lub pożyczki, do których spłaty jest zobowiązany Ubezpieczony w danym okresie, zgodnie z postanowieniami ust. 6, w terminach i w kwotach wynikających z umowy kredytu lub pożyczki, jednak maksymalnie do limitu 60% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia.
5. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 1) Ubezpieczony nie jest zobowiązany do przedstawienia jakichkolwiek rachunków.
6. W odniesieniu do świadczenia wskazanego w ust. 2 pkt 2) Ubezpieczony zobowiązany jest do przedstawienia umowy kredytu/umowy pożyczki, w której wskazany, jest harmonogram spłat rat kredytu/pożyczki, a w której Ubezpieczony występuje jako pożyczkobiorca lub kredytobiorca lub współpożyczko/współkredytobiorca. Świadczenie pokrywa zarówno ratę kapitałową jak i odsetki, ale z wyłączeniem odsetek wynikających z niedotrzymania terminów spłaty kredytu/ pożyczki.
7. Wysokość wypłacanego przez Ubezpieczyciela świadczenia lub sumy świadczeń nie może łącznie przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pokrycia

kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia, w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i/lub czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Przy czym kolejne świadczenie może być wypłacone jedynie w przypadku:

- 1) czasowej niezdolności do pracy – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie Ubezpieczony zostanie ponownie uznany za czasowo niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy;
- 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy wskutek innego nieszczęśliwego wypadku niż nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poprzednią czasową niezdolność do pracy;
- 3) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku choroby – gdy Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia), a następnie wystąpi kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy, a jednocześnie ponownie wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy będzie spowodowane:
 - a) inną chorobą niż choroba, która spowodowała poprzednią całkowitą niezdolność do pracy;
 - b) oraz inną chorobą, niż choroba pozostająca w związku z chorobą, o której mowa w pkt a).

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pokrycia kosztów utrzymania i obsługi zadłużenia wygasa na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2 i 3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zasły inne przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w ust. 2.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upłyne okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia). Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU, oraz dokumentów (orzeczeń) wydanych przez organ emerytalno-rentowy potwierdzających niezdolność do pracy oraz innych dokumentów potwierdzających zobowiązania ciążące na Ubezpieczonym (w szczególności umowy kredytu, pożyczki).

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 39 PRZERWANIE NAUKI DZIECKA NA STUDIACH WYŻSZYCH W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko** – osoba ubezpieczona w wieku do 25 lat lub dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 2) **choroba** – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z Umowy ubezpieczenia, określonych w pkt 3 do 8, zdiagnozowany przez lekarza w okresie ubezpieczenia;
- 3) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99.百分il zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- 4) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 5) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), choroby Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - d) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 6) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczonym nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 8) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględnie wskazanie do przebiegłej dializoterapii.

§ 2

Zdarzenia ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania choroby, w następstwie których doszło do przerwania nauki Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego na studiach wyższych.
2. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uważa się przerwania nauki na studiach wyższych w postaci urlopu dziekańskiego lub zmiany trybu nauki.
3. Za naukę na studiach wyższych uznaje się wpisanie na listę studentów Publicznej lub Niepublicznej Uczelni Wyższej, które uzyskały zezwolenie Ministra Edukacji Narodowej do kształcenia studentów i nadawania tytułu licencjata i/ lub magistra.
4. W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosił ryzyko zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych tylko w przypadku, jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia zdarzenia Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego nie miało ukończonego 25 roku życia.
6. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności dziecka do pracy, o ile przypada on na dzień, w którym dziecko odbywa naukę na studiach wyższych, jeżeli nauka ta została przerwana wskutek tego nieszczęśliwego wypadku. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego, której przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub choroba, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada do rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wyłudzeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia) oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony nie posiada innego dziecka w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli. Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 5

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest złożenie oprócz

dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, dokumentu z uczelni informującego o skreśleniu dziecka z listy studentów oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 40 POMOC MEDYCZNA W NAGŁYCH PRZYPADKACH

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **choroba przewlekła** – stan chorobowy, którego pierwsze objawy fizyczne lub rozpoznanie na podstawie odchyłek w badaniach dodatkowych miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i które nawróciły, trwały nadal, zaostriły się lub dawały powikłania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej Umowy ubezpieczenia dodatkowego, w imieniu i na zlecenie Ubezpieczyciela. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU do Centrum Alarmowego. Dane identyfikujące Centrum Alarmowe Ubezpieczony otrzymuje wraz z indywidualnym potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego;
- 3) **dziecko** – osoba/osoby pozostające pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, na stałe z nim zamieszkujące, która/które w momencie zajścia zdarzenia assistance nie przekroczyły 15 roku życia;
- 4) **lekarz** – osoba posiadająca obowiązującą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **lekarz Centrum Alarmowego** – lekarz konsultant Centrum Alarmowego;
- 6) **miejsce zamieszkania** – mieszkanie lub dom jednorodzinny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres jest wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania lub adres korespondencyjny, w zależności od tego, gdzie nastąpiło pierwsze zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i zgłoszone przez Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego. W przypadku zmiany miejsca zamieszkania po zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym Ubezpieczyciela pisemnie za pomocą listu poleconego, a ochrona ubezpieczeniowa w nowym miejscu zamieszkania jest skuteczna po upływie 48 godz. od wypłynięcia pisma do Ubezpieczyciela;
- 7) **nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarza;
- 8) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia uzasadniającego konieczność świadczenia assistance, która ze względu na zły stan zdrowia, podszedły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 9) **rok ubezpieczeniowy** – następujące po sobie kolejne okresy 12-miesięczne; pierwszy rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego;
- 10) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych,
- d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;

1) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. Percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak niesielwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- d) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

13) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biocyta jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na oficjalną listę biocytów oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;

14) **przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;

15) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;

16) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem, tj. małżonek Ubezpieczonego i dziecko Ubezpieczonego, zamieszkuje wspólnie z Ubezpieczonym. Dla potrzeb określenia kręgu osób współubezpieczonych, za dziecko uważa się każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia lub nie ukończyło 26 roku życia, jeżeli pobiera naukę w szkole o statusie uczelni wyższej lub bez względu na wiek dziecka, jeżeli jest ono całkowicie i trwale niezdolne do pracy według orzeczenia organu emerytalno-rentowego;

17) **zwierzęta domowe** – zwierzęta oswojone i tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, przez co rozumie się psa, kota, świnkę morską, chomika, królika, papugę, kanarkę, fretkę, rybki akwariowe, żółwia, z wyłączeniem psów uznanych za agresywne według rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracyjnych z 28 kwietnia 2003 r. oraz z wyłączeniem zwierząt hodowlanych i utrzymywanych w celach handlowych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe i zakres ubezpieczenia

1. Na podstawie niniejszej klauzuli Ubezpieczyciel spełniać będzie na rzecz Ubezpieczonego i osób Współubezpieczonych w razie zajścia zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej świadczenia niepieniężne polegające na zapewnieniu tym osobom możliwości skorzystania z usług i świadczeń wymienionych w § 3. Świadczenia Ubezpieczyciela nie polega na zaplacie.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszej klauzuli obejmuje ryzyko:

- 1) w wariancie standardowym – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Ubezpieczonego w wyniku nieszcześliwego wypadku lub nagłego zachorowania, zgodnie z definicjami przyjętymi w § 1,

2) dla opcji rozszerzającej – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Współubezpieczonych w wyniku nieszcześliwego wypadku lub nagłego zachorowania; w takim przypadku definicje określone w § 1 odnosi się również odpowiednio do Współubezpieczonego w rozumieniu § 1 pkt 16),

3) dla opcji VIP – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u Ubezpieczonego w związku z wystąpieniem w okresie ubezpieczenia jednego z następujących zdarzeń: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczep dużych narządów, przewlekła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych, zgodnie z definicjami przyjętymi w § 1.

3. Udzielenie ochrony w opcji rozszerzającej lub w opcji VIP możliwe jest pod warunkiem udzielenia ochrony w wariancie standardowym.

4. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, że zdarzenia powodujące uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, o których mowa w ust. 2, wystąpią na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem dodatkowych ograniczeń wskazanych w § 3.

5. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Pomoc medyczna w nagłych przypadkach 1-miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. **W wariancie standardowym** – w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego wskutek nieszcześliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bądź hospitalizacji spowodowanej tym nieszcześliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:

- 1) **wizyta lekarza** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty lekarza w miejscu pobytu Ubezpieczonego, oddalonego od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego o co najmniej 50 km;
- 2) **transport medyczny** – w sytuacjach braku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia wymagającego natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego, organizacja i pokrycie kosztu transportu Ubezpieczonego do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy na terytorium RP (nie dalej niż 50 km od miejsca pobytu Ubezpieczonego). Koszty transportu nie są pokrywane, jeśli interwencji pogotowia ratunkowego na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;

3) **transport medyczny powrotny** – organizacja i pokrycie kosztu transportu powrotnego ze szpitala do miejsca zamieszkania, jeśli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 7 dni. O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego;

4) **wizyta pielęgniarki** – organizacja i pokrycie kosztu wizyty pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu pod warunkiem pisemnego zalecenia przez lekarza prowadzącego leczenie pozostawiania pod opieką pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;

5) **dostawa leków i sprzętu** – na żądanie Ubezpieczonego, organizacja i pokrycie kosztu dostarczenia do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego leków lub drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (np. kule), przepisanych na receptę w związku z prowadzonym leczeniem, będącym skutkiem nieszcześliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Koszt lekarstw lub sprzętu jest pokrywany przez Ubezpieczonego;

6) **opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu;

7) **transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i w miejscu pobytu Ubezpieczonego brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu podróży osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) z jej miejsca zamieszkania na terenie RP do miejsca pobytu Ubezpieczonego;

8) **transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu transportu dzieci w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) w towarzystwie przedstawiciela Centrum Alarmowego do osoby zamieszkałej na terytorium RP i wyznaczonej do opieki nad dziećmi przez Ubezpieczonego;

9) **opieka nad zwierzętami** – jeżeli przewidywany okres hospitalizacji Ubezpieczonego przekracza 3 dni i brak

osoby, która mogłaby zaopiekować się pozostawionymi bez opieki zwierzętami domowymi, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu opieki nad zwierzętami pozostawionymi w miejscu pobytu Ubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu bądź organizuje oraz pokrywa koszty przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną ksiądzeczki szeptej zwierzęcia lub innego dokumentu potwierdzającego aktualność obowiązkowych szczepień;

10) **pomoc domowa** – jeżeli po zakończeniu hospitalizacji w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem lekarz prowadzący leczenie stwierdzi, iż uzasadniona jest konieczność pomocy Ubezpieczonemu w miejscu zamieszkania na terytorium RP, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztu pomocy domowej do wysokości limitu ustalonego w § 5 ust. 3. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub osoba bliska wspólnie z nim zamieszkująca. W zakres obowiązków pomocy domowej wchodzi następujące czynności: drobne zakupy, odkurzenie, mycie naczyń, przyrządanie codziennych posiłków;

11) **przekazanie informacji** – w przypadku hospitalizacji na życzenie Ubezpieczonego lub osoby bliskiej wspólnie z nim zamieszkującej, Centrum Alarmowe będzie przekazywać ważne wiadomości rodzinie lub pracodawcy, nie uchylając postanowieniem ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności danych wrażliwych;

12) **organizacja procesu rehabilitacji** – na wniosek Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia takiej konieczności przez lekarza prowadzącego leczenie, Centrum Alarmowe organizuje proces rehabilitacji. Pomoc polega na ustaleniu przez lekarza Centrum Alarmowego liczby oraz rodzaju koniecznych zabiegów (na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej), jak również na wskazaniu Ubezpieczonemu najbliższej placówki, w której rehabilitacja może się odbyć i umówieniu wizyt;

13) **infolinia medyczna** – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości przekaze Ubezpieczonemu informacje:

- a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
- b) informacja o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
- c) informacja o placówkach mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- d) informacja medyczna o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- e) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- f) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- g) informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
- h) informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
- i) informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- j) informacja o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
- k) informacja o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
- l) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej.

W przypadku zgonu osoby bliskiej (współmałżonek, rodzice, dzieci), trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego lub osób bliskich na skutek nieszcześliwego wypadku, jak również w przypadku następujących zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego lub osoby bliskiej: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przeszczep dużych narządów, przewlekła niewydolność nerek, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (zgodnie z definicjami wskazanymi w § 1) Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

KLAUZULE

- 14) **pomoc psychologa** – na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt u wskazanego przez Centrum Alarmowe psychologa wraz z transportem na wizyty i transportem powrotnym, nie więcej niż 3 wizyty na jedno zdarzenie. Warunkiem udzielenia świadczenia jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentu poświadczającego wystąpienie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (akt zgonu, dokumentacja medyczna).
2. Prawo do świadczeń określonych w ust. 1 pkt 1-12 przysługuje w terminie do 30 dni od momentu nieszcześliwego wypadku lub nagłego zachorowania, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zdarzeń skutkujących hospitalizacją prawo do świadczeń zostaje utrzymane maksymalnie do upływu 14 dni od zakończenia hospitalizacji Ubezpieczonego.
3. Prawo do świadczenia określonego w ust. 1 pkt 14 przysługuje w terminie do 180 dni od momentu zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. W przypadku opcji rozszerzającej – za opłatą dodatkowej składki świadczenia wymienione w ust. 1 pkt 1-14 przysługują także Współubezpieczonym. Postanowienia ust. 2 i 3 mają odpowiednie zastosowanie.
5. W przypadku opcji VIP – za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego opisany w ust. 1 pkt 1-14 zostaje rozszerzony o organizację i pokrycie kosztów wizyty u następujących lekarzy specjalistów: kardiolog, neurolog, nefrolog, chirurg, onkolog. Warunkiem nabycia prawa do świadczenia jest wystąpienie u Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, jednego z następujących zdarzeń: zawał serca, udar mózgu, nowotwór, przewlekła niewydolność nerek; przeszczep dużych narządów lub chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych, zgodnie z postanowieniami § 1. Zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty obejmuje również transport Ubezpieczonego na wizytę i transport powrotny (środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego, a więc pociąg I klasy – wraz z taksówką na dworzec i z dworca – lub transport medyczny). O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Alarmowego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej.

§ 4

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

- Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego samodzielnie bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 5.
- Poza przypadkami wskazanymi w OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w związku z uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona także, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji powstała z tytułu lub w bezpośrednim następstwie:
 - choroby przewlekłej Ubezpieczonego,
 - rekonwalescencji Ubezpieczonego lub schorzeń w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wylezione, a rozpoczęły się przed datą przystąpienia do ubezpieczenia,
 - komplikacji w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej (z wyjątkiem świadczeń dostępnych poprzez dokupienie opcji VIP).
- Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są ponadto:
 - koszty świadczeń medycznych udzielonych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - opóźnienie świadczeń z powodu zadziałania siły wyższej,
 - opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Alarmowego, mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenia.
- W przypadku udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie, o którym mowa w § 3 ust. 5, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wymienione w ust. 1-5 odnoszą się także do Współubezpieczonych.

§ 5

Limity odpowiedzialności

- Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów świadczeń wymienionych w § 3 ust. 1 pkt 1-12 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, tj. dwóch nieszcześliwych wypadków lub dwóch nagłych zachorowań lub jednego nieszcześliwego wypadku i jednego nagłego zachorowania. Postanowienia niniejszego ustępu nie dotyczą świadczeń wymienionych w § 3 ust. 1 pkt 13.
- Z zastrzeżeniem ust. 3, w rocznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania

- i pokrycia kosztów świadczenia wymienionego w § 3 ust. 1 pkt 14 maksymalnie w związku z zajęciem dwóch zdarzeń uzasadniających zorganizowanie pomocy psychologa, zgodnie z postanowieniami niniejszej klauzuli.
3. Z zachowaniem postanowień ust. 1 i 2, w stosunku do niektórych rodzajów świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel wprowadza dodatkowo limity kwotowe i ilościowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jedno i wszystkie zdarzenia w rocznym okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie uzasadniające prawo do świadczenia	Rodzaj świadczenia	Limit dotyczący zdarzeń ubezpieczeniowych w rocznym okresie ubezpieczenia
Nieszcześliwy wypadek, Nagle zachorowanie	Wizyta lekarza	maksymalnie 2 wizyty, w tym nie więcej niż 1 wizyta na zdarzenie
	Wizyta pielęgniarki	2 razy/rok (1 raz = maksymalnie 48 godzin, nie więcej niż 4 wizyty)
	Dostarczenie leków i sprzętu	2 razy
	Transport do szpitala	500 zł
	Transport ze szpitala do miejsca zamieszkania	500 zł
	Opieka nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi	300 zł/do 5 dni
Nieszcześliwy wypadek, Nagle zachorowanie	Transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	równowartość ceny biletów maksymalnie 2 przejazdy
	Transport dzieci do osoby wyznaczonej do opieki nad nimi	równowartość ceny biletów maksymalnie 2 przejazdy
	Opieka nad zwierzętami domowymi lub ich transport	100 zł
	Przekazanie wiadomości rodzinie lub pracodawcy	brak
Nieszcześliwy wypadek, Nagle zachorowanie	Pomoc domowa	300 zł/do 5 dni
	Organizacja procesu rehabilitacji	brak
Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 14	Infolinia medyczna	brak
	Pomoc psychologa	maksymalnie 6 wizyt, w tym nie więcej niż 3 wizyty na zdarzenie
Poważne zachorowanie wymienione w § 3 ust. 6	Wizyta u specjalisty	maksymalnie 4 wizyty, w tym nie więcej niż 2 wizyty na zdarzenie do limitu 1 000 zł rocznie

W przypadku udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach opcji rozszerzającej, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2), odpowiednie postanowienia ust. 1-3 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 6

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia pomoc medyczna w nagłych przypadkach wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71 rok życia.

§ 7

Zawiadomienie

- W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia) Ubezpieczony obowiązany jest, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym, dzwoniąc pod numer telefonu 61-666-1-777, czynnym całą dobę, i podać następujące dane:
 - imię i nazwisko,
 - dokładny adres miejsca zamieszkania,
 - numer PESEL,
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,

- wszelkie inne informacje niezbędne Centrum Alarmowemu w celu udzielenia świadczenia Ubezpieczonemu.
- Ponadto Ubezpieczony powinien:
 - udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego lub innemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
 - udzielić specjalście lub lekarzowi przysланemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie dwóch godzin od zawiadomienia o zdarzeniu (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
 - zwolnić lekarza prowadzącego leczenie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, wobec lekarza Centrum Alarmowego lub innej osoby Centrum Alarmowego w zakresie umożliwiającym wykonanie zobowiązania,
 - współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
- Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił, któregośkolwiek z postanowień określonych w ust. 1-2, Ubezpieczyciel może odmówić organizacji świadczeń określonych w § 3, pod warunkiem, że niedopełnienie postanowienia uniemożliwiło realizację tych świadczeń lub weryfikację tego czy przysługująca ochrona ubezpieczeniowa.
- Weryfikacja tego czy przysługuje ochrona ubezpieczeniowa jest dokonywana w imieniu Ubezpieczyciela przez Centrum Alarmowe. Fakt spełnienia na rzecz Ubezpieczonego nieodpłatnych świadczeń gwarantowanych Umową ubezpieczenia oznacza potwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia Pomoc medyczna w nagłych przypadkach przysługuje.
- W przypadku ubezpieczenia w ramach opcji rozszerzającej odpowiednie postanowienia ust. 1-4 mają zastosowanie do każdego ze Współubezpieczonych.

§ 8

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 41 LEKARZ NA TELEFON

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- infolinia medyczna** – jednostka organizująca i realizująca świadczenia ubezpieczeniowe, wynikające z niniejszej klauzuli. Ubezpieczony obowiązany jest zgłosić telefonicznie zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej klauzuli na podany przez Ubezpieczyciela numer Infolinii Medycznej, który Ubezpieczający otrzymuje z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia;
- lekarz konsultant** – specjalista uprawniony do udzielania informacji Ubezpieczonemu (w szczególności lekarz internista), osoba wykwalifikowana posiadająca wiedzę medyczną;
- stan chorobowy** – stan, w którym Ubezpieczony ma przeświadczenie lub niepewność związaną z własnym stanem zdrowia lub profilaktyką zdrowotną.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajęcia w trakcie udzielania ochrony zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci choroby lub stanu chorobowego, w następstwie którego Ubezpieczony ma potrzebę uzyskania informacji od lekarza konsultanta.
- Dodatkowo Infolinia Medyczna udostępni Ubezpieczonemu:
 - informację medyczną o danym schorzeniu i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - informację farmaceutyczną o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działania uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informację o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład o niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - informację o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,

- 5) informację o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - 6) informację o rekomendowanych placówkach diagnostycznych na terenie kraju,
 - 7) informację o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitala prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - 8) informację o grupach wsparcia w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem lub narkomanią, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzyce, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci.
3. Przekazywane treści przez lekarza konsultanta mają wyłącznie charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jak wizyta lekarska umożliwiająca postawienie diagnozy. Konsultacja nie powinna stanowić podstawy do podejmowania działań o charakterze zdrowotnym lub ich zaniechania. W przypadku postępowania sprzecznego z niniejszymi zapisami wyłączną odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.
 4. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko Lekarz na telefon 1-miesięczną karencję.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na potrzebie uzyskania informacji od lekarza konsultanta w następstwie choroby lub stanu chorobowego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapewnić Ubezpieczonemu możliwość kontaktu za pośrednictwem telefonu z Infolinią Medyczną.
2. Świadczenie wskazane w ust. 1 ma charakter usługi, której koszt pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie ma prawa do świadczenia pieniężnego lub ekwiwalentu. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów połączeń telefonicznych.
3. Ubezpieczyciel nie stosuje wyłączeń wskazanych w OWU z zastrzeżeniem ust 4.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach, gdy z winy operatora telekomunikacyjnego lub innych zdarzeń losowych, na które Ubezpieczyciel oraz operator telekomunikacyjny nie mieli wpływu, dojdzie do zerwania łączy lub usterek uniemożliwiającej nawiązanie połączenia telefonicznego z numerami Infolinii Medycznej.

§ 4

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 44 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI W NASTĘPSTWIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

§ 1

Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowanie choroby, będących podstawą orzeczenia niezdolności do pracy, w okresie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest pojedyncze orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 6 miesięcy. Jednak jako podstawy do uznania zajścia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie uznaje się orzeczeń wydanych w celu ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub dzień wskazany w orzeczeniu

wydanym przez lekarza orzecznika jako początek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat

5. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności Ubezpieczonego do pracy 6 miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku gdy przyczyną niezdolności Ubezpieczonego do pracy był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby lub czasowej niezdolności do pracy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przejścia po Ubezpieczającym obowiązku opłacania składki regularnej wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela do opłacania składki ogranicza się do tych składek regularnych, których termin wymagalności jeszcze nie nadszedł.
3. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składki regularnej po dniu wskazanym w orzeczeniu o niezdolności do pracy, jako jej początek. Składka regularna opłacana będzie przez Ubezpieczyciela z dotychczasową częstotliwością.
4. Jeśli Ubezpieczyciel otrzyma orzeczenie, którego data wydania jest późniejsza od wskazanego w tym orzeczeniu początku niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składki regularne do momentu dostarczenia orzeczenia i przyjęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Eventualne składki regularne wpłacone w tym okresie zostaną Ubezpieczającemu zwrócone w całości, bez odsetek.
5. W przypadku przejścia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania składki, jest ona indeksowana w okresach i o wskaźnik indeksacji wskazany w Umowie ubezpieczenia.
6. Zobowiązanie Ubezpieczyciela do opłacania składki wygasa z dniem wskazanym w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym, jako data końca niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, bez względu na datę końca niezdolności do pracy wskazanej w orzeczeniu a także w przypadku niezdolności do pracy orzeczonej na okres stały;
- 2) na okres, w którym Ubezpieczony stracił status ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalających na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w § 1 ust. 2 i 3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli zostaje przywrócona, w momencie, w którym Ubezpieczony odzyskał ten status, chyba że zaszły przesłanki wygaśnięcia tej ochrony, wskazane w pkt 1).

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku klauzuli przejścia opłacania składki w następstwie niezdolności do pracy jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy (czasowej lub trwałej i całkowitej) oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

KLAUZULA 45 KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO I PAKIET ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie:

leczenie dentystyczne – udzielenie pojedynczej, niezbędnej i natychmiastowej pomocy lekarskiej w przypadku ostrych stanów zapalnych i bólowych.

§ 2

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów:

- 1) leczenia na terenie RP;
- 2) przekwalifikowania zawodowego inwalidy na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 3) wypozyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 4) wypozyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli ww. koszty zostały poniesione na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 24 miesięcy od daty zdarzenia.

§ 3

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego Koszty Leczenia na terenie RP

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów leczenia na terenie RP, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia, jednak kwoty nie wyższej niż wskazana w Umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia na to ryzyko.
2. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:
 - 1) leczenia dentystycznego (do 10% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 500 złotych),
 - 2) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych oraz protez zalecanych przez lekarza (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 3) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 4) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 24 dni (do 50% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 3 500 złotych).

Koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego na wypadek trwałej niezdolności do wykonywania dotychczasowej pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
4. Warunkiem pokrycia kosztów przeszkolenia zawodowego, o których mowa w ust. 3, jest wystąpienie u Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku utraty możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej.

Koszty wypozyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypozyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty wypozyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypozyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku

7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących

maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 1.

8. Ubezpieczyciel poniesie koszty operacji plastycznych, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, po zakończeniu leczenia wygląd Ubezpieczonego zostanie trwale zeszpecony, a przeprowadzenie takiej operacji jest uzasadnione medycznie.
9. Ubezpieczyciel po analizie zasadności wykonania operacji, refunduje po przedstawieniu stosownych oryginałów imiennych rachunków, koszty operacji, w tym honoraria lekarskie, koszty pobytu w szpitalu, koszty lekarstw, materiałów opatrunkowych oraz innych środków leczniczych zaleconych i przepisanych przez lekarza. Refundacja nie obejmuje kosztów protetyki stomatologicznej.

Postanowienia dodatkowe

10. Poniesione koszty, o których mowa w § 2 i § 3 muszą być udokumentowane oryginałami imiennych rachunków wystawionych na Ubezpieczonego. Zwracane są wyłącznie te koszty, które nie znajdują się w zakresie całkowitej refundacji z ubezpieczenia społecznego lub nie zostały pokryte z innej Umowy ubezpieczenia oraz muszą być poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów poniesionych na zdarzenia wskazane w § 2 i § 3, które powstały z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) fizykoterapii, helioterapii,
 - 3) epidemii, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 4) wszelkiego rodzaju diagnostyki i leczenia niewchodzących w zakres niezbędnej pomocy medycznej,
 - 5) szczepień,
 - 6) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 7) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i lekarza Ubezpieczyciela.
12. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, jeśli koszty leczenia powstały w konsekwencji wadliwego wykonania przez Ubezpieczonego obowiązku opłaty składek tytułem obowiązkowego ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w wyniku poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w wyniku czego koszty, które pokryłoby obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, nie zostaną Ubezpieczonemu zwrócone.
13. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich zdarzeń objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli, jest 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5

Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzą w życie z dniem 31 marca 2016 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Członek Zarządu
Grzegorz Kukła

Prezes Zarządu
Jacek Smolarek