

Grupowe Ubezpieczenie na Życie Związane  
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym  
(GUF03)

Ogólne Warunki Ubezpieczenia



## OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03)

### SPIS TREŚCI

### Strona

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	04
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	09
Aneks Nr 1 Do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Związanego Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	12
Aneks Nr 2 Do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Związanego Z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	13
Aneks Nr 3 Do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	13
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu w Następstwie Wypadku (ZUW03 01) .....	15
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego (ZWK03 01) .....	16
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku przy Pracy (ZWP03 01) .....	17
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (ZUZ03 01) .....	18
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Wypadku (UWI03 01) .....	19
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu (UZU03 01) .....	20
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania (PZU03 01) .....	21
Aneks Nr 1 Do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania (PZU03 01) .....	24
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego (PZD03 01) .....	24
Aneks Nr 1 Do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania U Dziecka Ubezpieczonego (PZD03 01) .....	27
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Szpitalnego (SZP03 01) .....	27
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych (OPE03 01) .....	29
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych (OPE03 01) .....	31
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy (NPD03 02) .....	39
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku (NPW03 01) .....	40
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku albo Wypadku przy Pracy (CNP03 01) .....	41
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Wypadku przy Pracy (HIVP03 01) .....	43
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Transfuzji Krwi (HIVT03 01) .....	44
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (ODZ03 01) .....	45
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego (UDZ03 01) .....	46
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną (UDW03 01) .....	47
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego (ZWD03 01) .....	48
Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego (ASS03 01) .....	49
Aneks Nr 1 Do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego (ASS03 01) .....	52
Tabela Opłat i Składek do Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03) .....	55

## OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03)

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### §1.

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU, HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zawiera z Ubezpieczającymi umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zwane dalej umowami ubezpieczenia.
2. Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:
  - 1) **Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
  - 2) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę grupowego ubezpieczenia na życie;
  - 3) **pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy;
  - 4) **współpracownik** – osoba fizyczna współpracująca z Ubezpieczającym na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentacji osoby prawnej lub innej umowy o świadczenie usług, o ile współpraca z Ubezpieczającym ma charakter trwały;
  - 5) **Ubezpieczony** – pracownik albo współpracownik, który przystąpił do ubezpieczenia;
  - 6) **Małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
  - 7) **Deklaracja zgody** – oświadczenie osoby, której życie ma być objęte ubezpieczeniem, o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem oraz na wysokość sumy ubezpieczenia na warunkach OWU lub ubezpieczenia dodatkowego;
  - 8) **Uposażony** – osoba uprawniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego;
  - 9) **Uposażony zastępczy** – osoba uprawniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku braku Uposażonego albo jeżeli żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia;
  - 10) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia;
  - 11) **zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej** – czasowe wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa;
  - 12) **karencja** – okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym, z tytułu zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności lub udziela ochrony ubezpieczeniowej w ograniczonym zakresie;
  - 13) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez Towarzystwo przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową danej grupy osób lub jej poszczególnych członków, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony, uwzględniająca w szczególności wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, wiek oraz płeć jej członków, rodzaj wykonywanej pracy, a także stan zdrowia;
  - 14) **przystąpienie do ubezpieczenia** – przystąpienie, za zgodą Towarzystwa i osoby przystępującej, do grupy Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na warunkach danej umowy ubezpieczenia; skutkiem przystąpienia jest objęcie osoby przystępującej ochroną ubezpieczeniową;
  - 15) **wystąpienie z ubezpieczenia** – opuszczenie grupy Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na warunkach danej umowy ubezpieczenia; skutkiem wystąpienia jest zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do osoby występującej;
  - 16) **składka (składka należna)** – kwota należna Towarzystwu z tytułu umowy ubezpieczenia, płatna w terminach i wy-

sokości określonej w umowie ubezpieczenia, za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej (składka ochronna);

- 17) **stopa składki ochronnej** – wyrażona w promilach wysokość składki ochronnej należnej od 1000 zł sumy ubezpieczenia;
  - 18) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota, na podstawie której określane są wysokości świadczeń;
  - 19) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazywany Ubezpieczającemu;
  - 20) **certyfikat** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego grupowym ubezpieczeniem na życie i przekazywany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego;
  - 21) **początek umowy ubezpieczenia** – określony w polisie dzień, od którego rozpoczyna się okres trwania umowy ubezpieczenia;
  - 22) **początek ochrony ubezpieczeniowej** – określony w certyfikacie dzień, od którego rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego;
  - 23) **działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
    - a) stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu lub
    - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
  - 24) **wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe niezależnie od woli Ubezpieczonego, które wystąpiło w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia, przy czym za wypadek nie są uważane choroby, wliczając w to zawał serca, udar mózgu oraz inne choroby o nagłym przebiegu.
3. Na podstawie OWU mogą być zawierane umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym także w sytuacji, gdy Ubezpieczonymi nie są pracownicy lub współpracownicy Ubezpieczającego, ale członkowie innej grupy uznani przez Towarzystwo za związanych z Ubezpieczającym. W takim przypadku, ilekroć w tekście OWU oraz innych dokumentach, na podstawie których zawierana jest umowa ubezpieczenia, mowa jest o współpracowniku, należy przez to rozumieć członka grupy związanego z Ubezpieczającym.

#### § 2.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

#### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową jest zgon Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo obejmie ochroną ubezpieczeniową osoby, które w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ukończyły 16. (szesnasty) i nie ukończyły 65. (sześćdziesiątego piątego) roku życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia udzielana jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami.
4. Na wniosek Ubezpieczającego złożony przy zawarciu umowy ubezpieczenia albo na 3 (trzy) miesiące przed upływem rocznego terminu, na jaki umowa została zawarta, zakres ochrony ubezpieczeniowej może być rozszerzony o dodatkowe zdarzenia na zasadach i w trybie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego może być udzielana wyłącznie w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

#### § 4.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku i obowiązuje od początku umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzone jest polisą.
2. Polisa i certyfikaty stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępują co najmniej 3 (trzy) osoby.
4. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest kompletny i prawidłowo wypełniony przez Ubezpieczającego wniosek

o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z listą osób przystępujących do ubezpieczenia i ich Deklaracjami zgody. W przypadku gdy Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w okresie jej trwania zadeklaruje składkę funduszową, do umowy ubezpieczenia stosuje się również Załącznik nr 1 do OWU.

5. Towarzystwo może zwrócić się do Ubezpieczającego o dołączenie innych dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wnioski lub dokumenty związane z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia zostały wypełnione nieprawidłowo lub są niekompletne, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczającego o uzupełnienie, względnie o sporządzenie nowego wniosku. Po bezskutecznym upływie 3 (trzech) miesięcy przyjmuje się, że Ubezpieczający cofnął wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia może być składany wielokrotnie.
7. Ubezpieczający za zgodą Towarzystwa może zawrzeć jedną umowę ubezpieczenia i dokonać podziału ogółu Ubezpieczonych na grupy wyznaczone według sumy ubezpieczenia i zakresu ochrony ubezpieczeniowej albo zawrzeć kilka umów ubezpieczenia na podstawie OWU, z zastrzeżeniem wszelkich skutków z tego wynikających. Liczba osób w grupie nie może być niższa niż 3 (trzy).
8. Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia, odmówić jej zawarcia lub zaproponować zawarcie umowy na zmienionych warunkach.
9. Towarzystwo może:
  - 1) uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których Towarzystwo dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych, na które Towarzystwo może skierować osoby zgłoszone do ubezpieczenia; koszty takich badań ponosi Towarzystwo,
  - 2) odmówić przyjęcia do ubezpieczenia osoby lub osób zgłoszonych do ubezpieczenia,
  - 3) zawrzeć umowę ubezpieczenia przed doręczeniem Towarzystwu dokumentów, o których mowa w pkt 1); w takim przypadku osoby zgłoszone do ubezpieczenia obejmowane są ochroną ubezpieczeniową na zasadach opisanych poniżej:
    - a) osoby, co do których nie ma konieczności dokonywania oceny ryzyka, przystępują do wnioskowanej grupy,
    - b) osoby, które powinny poddać się ocenie ryzyka, tworzą grupę dodatkową, dla której Towarzystwo wyznacza sumę ubezpieczenia, składkę i zakres,
    - c) w wyniku przeprowadzenia oceny ryzyka, nie później niż w terminie 3 (trzech) miesięcy od daty utworzenia grupy dodatkowej, Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o możliwości przystąpienia przez Ubezpieczonych, o których mowa w ppkt b), do jednej z istniejących grup, proponuje utworzenie dla nich nowej grupy lub odmawia objęcia ubezpieczeniem wszystkich lub niektórych Ubezpieczonych.
10. Do grupy dodatkowej, o której mowa w ust. 9 pkt 3) ppkt b), stosuje się następujące zasady:
  - a) składka uiszczana jest na zasadach i w terminach jak dla pozostałych grup wyodrębnionych w danej umowie ubezpieczenia,
  - b) w przypadku niemożliwości dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych na skutek niedostarczenia wymaganych dokumentów, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do nich wygasa po upływie 3 (trzech) miesięcy od daty przystąpienia do grupy dodatkowej,
  - c) w przypadku odmowy objęcia ubezpieczeniem, o którym mowa w ust. 9 pkt 3) ppkt c), oraz w przypadku, o którym mowa w ust. 10 ppkt b), składka uiszczona za okres dłuższy niż kwartał zwracana jest przez Towarzystwo proporcjonalnie do okresu udzielanej ochrony albo zaliczana na poczet przyszłych składek Ubezpieczającego.

## § 5.

Jeżeli Ubezpieczający będący pracodawcą, będzie zaliczał wydatki na pokrycie składek za pracowników do kosztów uzyskania przychodu dla celów rozliczeń podatkowych, to Ubezpieczający nie może być Uposażonym i w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od końca

roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony będący pracownikiem przystąpił do ubezpieczenia, wyłącza się możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia.

## SUMA UBEZPIECZENIA

### § 6.

1. Suma ubezpieczenia może być wyrażona kwotowo, w wysokości jednakowej dla całej grupy, lub jako jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie krotność kwoty zadeklarowanej przez Ubezpieczającego dla każdego Ubezpieczonego osobno.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia lub krotność, o których mowa w ust. 1, określone są w umowie ubezpieczenia.
3. Wysokość kwoty zadeklarowanej przez Ubezpieczającego, o której mowa w ust. 1, zawarta jest na liście osób przystępujących do ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia może być, za zgodą Ubezpieczonego, zmieniana w dacie przedłużania umowy ubezpieczenia.

## SKŁADKA

### § 7.

1. Ubezpieczający wpłaca składkę w wysokości i na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia i OWU. Składka ochronna ustalana jest na podstawie oceny ryzyka, a w szczególności na podstawie wieku, płci, rodzaju wykonywanej pracy, stanu zdrowia Ubezpieczonych oraz liczebności grupy.
2. Składka płatna jest z góry, miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, na konto wskazane przez Towarzystwo dla danej umowy ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania składki jest jednakowa dla wszystkich grup wyodrębnionych w danej umowie ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 7 i 9 pkt 3) ppkt b) OWU.
3. Wpłata składki jest dokonana, jeżeli wpłynęła na właściwe konto. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki wpływu składki na niewłaściwe konto.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej składki nie później niż w terminie 20 (dwudziestu) dni od daty początku umowy. W przypadku niezapłacenia składki w powyższym terminie Towarzystwo może odstąpić od umowy ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu może zostać złożone w terminie do 45 (czterdziestu pięciu) dni od daty doręczenia wezwania do zapłaty składki. Wezwanie do zapłaty winno wskazywać, że brak zapłaty składki w terminie 7 (siedmiu) dni od daty otrzymania wezwania spowoduje złożenie oświadczenia o odstąpieniu.
5. Każdą następną należną składkę Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia miesiąca następującego po okresie, za który została zapłacona poprzednia składka. W przypadku niezapłacenia składki w powyższym terminie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie 7 (siedmiu) dni (termin dodatkowy), wskazując skutki jej niezapłacenia, liczącym od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego niniejszego wezwania.
6. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie dodatkowym uznaje się, że Ubezpieczający wypowiedział umowę ubezpieczenia w trybie natychmiastowym ze skutkiem na ostatni dzień terminu dodatkowego.
7. Jeżeli składka należna nie została zapłacona, to każda wpłata kwoty na poczet składki należy zaliczana jest w pierwszej kolejności na poczet najbardziej zaległej składki należnej.
8. Jeżeli wpłacona kwota jest niższa od wysokości składki należnej zgodnie z informacjami przekazanymi przez Ubezpieczającego na podstawie § 12 ust. 1 pkt 1) i 2) ppkt b) oraz ust. 2, to przyjmuje się, że składka nie została zapłacona. Wpłacona kwota stanowi zaliczkę na poczet składki należnej, z zastrzeżeniem ust. 7.
9. Składkę należną Towarzystwu stanowi należna składka ochronna, którą oblicza się jako sumę składek ochronnych od każdego Ubezpieczonego. Składkę ochronną dla danego Ubezpieczonego oblicza się przez pomnożenie stopy składki ochronnej przez sumę ubezpieczenia ustaloną dla danego Ubezpieczonego.
10. Składka ochronna obowiązuje do najbliższej daty przedłużenia umowy. Wysokość składki ochronnej ustalana jest oddzielnie dla każdej grupy utworzonej zgodnie z § 4 ust. 7 i 9 pkt 3) ppkt b).
11. Wysokość składki określana jest w umowie ubezpieczenia.

## OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

### § 8.

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w certyfikacie przekazywanym każdemu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, nie wcześniej jednak niż po uiszczeniu składki.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po uiszczeniu składki.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie wpłacił całej składki za wszystkich Ubezpieczonych w terminie dodatkowym, o którym mowa w § 7 ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa ustaje w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych objętych daną umową ubezpieczenia.
4. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego pobieranie składek oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej zostaje zawieszony w stosunku do Ubezpieczonych, którzy:
  - 1) przebywają na urlopie wychowawczym,
  - 2) odbywają służbę wojskową,
  - 3) pobierają świadczenie rehabilitacyjne lub rentę czasową,
  - 4) przebywają na urlopie bezpłatnym,
  - 5) zostali oddelegowani do pracy za granicą oraz
  - 6) we wszystkich innych przypadkach, które zostały uzgodnione z Towarzystwem.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo na piśmie o ustaniu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych, o których mowa w ust. 4, jeżeli ustala przyczyna zawieszenia.
6. Początek i koniec zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej ustala się odpowiednio na pierwszy i ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
7. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego – oprócz sytuacji określonych w § 18 ust. 1 – w następujących przypadkach i terminach:
  - 1) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia, chyba że zastrzeżono późniejszy termin lub
  - 2) z dniem zgonu Ubezpieczonego.

#### § 9.

Ponowne przystąpienie do ubezpieczenia osoby, w stosunku do której ochrona ubezpieczeniowa wygasa zgodnie z § 8 ust. 7 pkt 1), może nastąpić na warunkach określonych w § 10 i 11.

#### PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

#### § 10.

1. W okresie trwania umowy ubezpieczenia, za zgodą Towarzystwa, do grupy Ubezpieczonych mogą przystępować pracownicy lub współpracownicy Ubezpieczającego. Do przystąpienia w okresie trwania umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio postanowienia § 4 ust. 4 i 9.
2. Warunkiem przystąpienia do umowy ubezpieczenia jest umieszczenie pracownika lub współpracownika na liście osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich Deklaracjami zgody. Do umowy ubezpieczenia nie mogą przystąpić osoby, które w dacie podpisywania Deklaracji zgody przebywają na zwolnieniu lekarskim.
3. Towarzystwo może dokonać oceny ryzyka w stosunku do danego pracownika lub współpracownika i wyrazić zgodę na jego przystąpienie do wnioskowanej grupy, wskazać inną grupę lub nie wyrazić zgody na przystąpienie danej osoby do ubezpieczenia.
4. Przystąpienie następuje z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został zgłoszony przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin lub nie zostały spełnione przesłanki, o których mowa w ustępach powyżej.

#### § 11.

1. W stosunku do osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 3 (trzech) miesięcy od daty:
  - 1) początku umowy ubezpieczenia lub
  - 2) zatrudnienia,
 stosuje się karencję.
2. Ubezpieczający za zgodą Towarzystwa może w dowolnym momencie przenieść poszczególnych Ubezpieczonych, za ich zgodą, do innej grupy, pod warunkiem spełnienia wymogów określonych dla Ubezpieczonych w danej grupie.
3. Jeżeli na skutek zmiany grupy następuje podwyższenie wysokości świadczeń, to na kwotę podwyższenia obowiązuje karencja.
4. Jeżeli na skutek zmiany grupy następuje zmiana zakresu ubezpieczenia, to w stosunku do ryzyk dotychczas nieobjętych ubezpieczeniem stosuje się karencję.
5. Osoba, która wystąpiła z ubezpieczenia, może ponownie w każdym czasie przystąpić do ubezpieczenia. W takim przypadku stosuje się karencję.
6. Karencja, o której mowa w ust. 1, 3, 4 i 5, nie dotyczy zdarzeń będących następstwem wypadku i wynosi 6 (sześć) miesięcy,

z zastrzeżeniem, że karencja z tytułu Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną wynosi 10 (dziesięć) miesięcy.

7. Postanowienia, o których mowa w ust. 3 – 6, mają również zastosowanie w przypadku przystępowania Ubezpieczonego do innej umowy ubezpieczenia, zawartej przez Towarzystwo z tym samym Ubezpieczającym.
8. Jeżeli ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych przewidują stosowanie karencji, to w stosunku do osób, które przystępują do ubezpieczenia, okres karencji zostaje zniesiony lub skrócony proporcjonalnie do czasu, przez jaki Ubezpieczony, przed przystąpieniem do ubezpieczenia na podstawie OWU, objęty był grupowym ubezpieczeniem na życie w Towarzystwie lub u innego ubezpieczyciela i zakres ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie od ryzyk, w stosunku do których stosowana jest w Towarzystwie karencja, z zastrzeżeniem ust. 10.
9. Ubezpieczeni, których dotyczy zniesienie lub skrócenie karencji, o której mowa w ust. 8, mają obowiązek przedstawienia, na etapie rozpatrywania roszczenia, dokumentacji poświadczającej okres i zakres objęcia ubezpieczeniem u innego ubezpieczyciela.
10. Postanowienia, o których mowa w ust. 8 i 9, mają zastosowanie w stosunku do Ubezpieczonych:
  - 1) zatrudnionych u Ubezpieczającego w dacie zawarcia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z Towarzystwem, pod warunkiem przystąpienia do umowy nie później niż w ciągu 45 (czterdziestu pięciu) dni od daty zawarcia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z Towarzystwem,
  - 2) zatrudnionych u Ubezpieczającego, którzy przystąpią do umowy nie później niż w ciągu 45 (czterdziestu pięciu) dni od daty zatrudnienia.

#### OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I TOWARZYSTWA

#### § 12.

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani do przekazywania Towarzystwu wszystkich danych wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do zawarcia i do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
  - 1) list osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich Deklaracjami zgody oraz list zmian przewidzianych w OWU,
  - 2) list osób, wobec których ochrona ubezpieczeniowa zostaje:
    - a) zawieszona na podstawie § 8 ust. 4,
    - b) wznowiona na podstawie § 8 ust. 5,
  - 3) list osób występujących z ubezpieczenia,
  - 4) zawiadomienia Towarzystwa o okolicznościach, o których mowa w § 8 ust. 7.
 Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek przekazywania danych ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany przekazywać do Towarzystwa na odpowiednich formularzach:
  - 1) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1) i 2) ppkt b), do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc następny;
  - 2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2) ppkt a) i pkt 3), do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący.
3. W przypadku przekazania przez Ubezpieczającego listy osób przystępujących do ubezpieczenia lub listy osób, wobec których ochrona zostaje wznowiona po terminie określonym w § 10 ust. 4, osoby te zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało listę.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępniania Ubezpieczonemu OWU na każde ich żądanie, a także do przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji o postanowieniach OWU lub zawartej umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonych oraz do przekazywania Ubezpieczonemu dokumentów otrzymanych od Towarzystwa, a w szczególności certyfikatów.
5. Towarzystwo jest zobowiązane do przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej wymienionych niżej informacji lub dokumentów:
  - 1) o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez strony zgody na te zmiany,
  - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie rzadziej niż raz w roku. W przypadku gdy

- z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu niezwłocznie w formie pisemnej informacji, o których mowa w ust. 5, przy czym informacje, o których mowa w ust. 5 pkt 1), Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.
  7. Przed zmianą umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma obowiązek uzyskania zgody Ubezpieczonych obejmującej również wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy ubezpieczenia dokonana bez zgody Ubezpieczonych nie może naruszać jego praw ani praw Uposażonego albo uprawnionego do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpiezonego.

## WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 13.

1. W przypadku zgonu Ubezpiezonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości przysługującego procentu sumy ubezpieczenia z dnia zgonu, z zastrzeżeniem ust. 15, z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
2. Zawiadomienie o zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową może być złożone pod adresem siedziby Towarzystwa lub jego każdej jednostki terenowej.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpiezonego na podstawie:
  - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego na formularzu Towarzystwa,
  - 2) skróconego odpisu aktu zgonu,
  - 3) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
  - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. W przypadku gdy zdarzenie objęte ochroną miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uprawniony do świadczenia zobowiązany jest do dostarczenia wymaganych dokumentów przetłumaczonych na własny koszt na język polski przez tłumacza przysięgłego.
5. Towarzystwo spełni świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jeżeli w powyższych terminach Towarzystwo nie spełni świadczenia, to zawiadomi pisemnie zgłaszającego roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia. Odmowa wypłaty świadczenia w całości lub w części udzielana jest na piśmie oraz zawiera uzasadnienie faktyczne, podstawę prawną oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. W przypadku odmowy przez Towarzystwo wypłaty świadczenia w całości lub w części Uposażony lub uprawniony może złożyć odwołanie do Towarzystwa. Towarzystwo rozpatrzy odwołanie w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia jego otrzymania.
7. W przypadku odmowy przez Towarzystwo wypłaty świadczenia w całości lub części lub odmowy uwzględnienia odwołania Uposażonemu lub uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia powództwa do sądu powszechnego.
8. Osoba przystępująca do ubezpieczenia ma prawo wskazać Uposażonego. Ubezpieczonemu przysługuje samodzielne prawo wskazania lub zmiany Uposażonego w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Uposażonych może być kilku.
9. Dyspozycja zmiany Uposażonego wymaga formy pisemnej i jest wiążąca dla Towarzystwa od dnia następnego po jej otrzymaniu, z zastrzeżeniem postanowień § 5.
10. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, udział w świadczeniu Uposażonego, który w dniu zgonu Ubezpiezonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli wskazanie pozostaje skuteczne wobec jednego Uposażonego, świadczenie przypada w całości temu Uposażonemu.
11. Gdy brak jest Uposażonego lub gdy żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Uposażony zastępczy. Postano-

wienia ustępów powyżej stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

12. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażonego zastępczego albo gdy żaden z Uposażonych i Uposażonych zastępczych w dniu zgonu Ubezpiezonego nie żył lub wszyscy utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
  - 1) Małżonkowi Ubezpiezonego,
  - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpiezonego, jeśli brak jest Małżonka Ubezpiezonego,
  - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpiezonego, jeśli brak jest dzieci i Małżonka Ubezpiezonego,
  - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpiezonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i Małżonka Ubezpiezonego,
  - 5) innym osobom, zaliczanym zgodnie z kodeksem cywilnym do grona spadkobierców ustawowych Ubezpiezonego, jeśli brak osób wymienionych powyżej.
13. Wypłata świadczeń następuje w formie wypłaty jednorazowej.
14. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia z tytułu zdarzeń będących następstwem wypadku, które nastąpiły w trakcie trwania karencji, o której mowa w § 11 ust. 6, od dołączenia do wniosku o wypłatę świadczenia dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.
15. Jeżeli w okresie 28 (dwudziestu ośmiu) dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczony zmarł, a przyczyną zgonu było to poważne zachorowanie, wówczas wartość wypłaconego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania jest odliczana od świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu Ubezpiezonego.

## WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

### § 14.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego ubezpieczenia jest wyłączona:

- 1) jeżeli zgon Ubezpiezonego był bezpośrednim następstwem:
  - a) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - b) czynnego udziału Ubezpiezonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - c) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - d) samobójstwa Ubezpiezonego przed upływem 2 (dwóch) lat od daty jego przystąpienia do ubezpieczenia
- 2) lub w przypadku:
  - a) zgonu Ubezpiezonego, który nastąpił przed upływem 5 (pięciu) lat od daty przystąpienia danego Ubezpiezonego do ubezpieczenia i był związany z zarażeniem się wirusem HIV lub
  - b) zatajenia lub podania przez Ubezpiezonego lub Ubezpieczającego lub przedstawiciela Ubezpieczającego znanych okoliczności lub nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia lub przystępowaniu do ubezpieczenia. Warunki zwolnienia Towarzystwa od odpowiedzialności określają przepisy kodeksu cywilnego.

## WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

### § 15.

Ubezpieczający może w każdym czasie zgłosić wystąpienie Ubezpiezonego. Lista występujących jest składana do Towarzystwa przez Ubezpieczającego. Wystąpienie następuje z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin wystąpienia.

## PRZEDŁUŻANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 16.

1. W przypadku gdy na nie później niż 2 (dwa) miesiące przed dniem zakończenia okresu obowiązywania umowy żadna ze stron nie złoży oświadczenia o niekontynuowaniu umowy ubezpieczenia, ulega ona automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres 1 (jednego) roku. Umowa może być przedłużana wielokrotnie.
2. Nie później niż na 3 (trzy) miesiące przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia Towarzystwo może dokonać oceny ryzyka i przedstawić Ubezpieczającemu ofertę przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny rok, określając w niej nowe warunki ubezpieczenia.

3. W przypadku zgody Ubezpieczającego i Ubezpieczonych na ofertę Towarzystwa, o której mowa w ust. 2, najpóźniej na miesiąc przed końcem okresu obowiązywania umowy, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na okres kolejnego roku na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach. W przypadku braku wpłaty składki stosuje się postanowienia § 7 ust. 5 i 6.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie zgodzi się na propozycję Towarzystwa, o której mowa w ust. 2, to umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem danego rocznego okresu ubezpieczenia.

## ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 17.

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w przypadku:
  - 1) zakończenia okresu na jaki została zawarta – w przypadku nieprzedłużenia umowy,
  - 2) wypowiedzenia umowy,
  - 3) porozumienia stron, w terminie określonym w porozumieniu,
  - 4) niezapłacenia składki w terminie dodatkowym.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 30 (trzydziestu) dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą 7 (siedmiu) dni od jej zawarcia.
3. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana w całości lub w części dotyczącej ubezpieczenia dodatkowego. Wypowiedzenie umowy w części skutkuje rozwiązaniem umowy i zakończeniem ubezpieczenia dodatkowego z upływem rocznego okresu, na który to ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.
5. Niezależnie od postanowień ust. 4, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
7. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę ochronną.
8. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu składkę ochronną za okres, w którym Towarzystwo nie udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

## UMOWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

### § 18.

1. Ubezpieczony zgłoszony jako występujący z ubezpieczenia albo Ubezpieczony objęty umową ubezpieczenia, która uległa rozwiązaniu, może złożyć wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem, że do dnia wystąpienia z ubezpieczenia albo rozwiązania umowy ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową nieprzerwanie przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może zostać złożony najpóźniej w terminie 3 (trzech) miesięcy, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony został zgłoszony jako występujący z ubezpieczenia, albo umowa ubezpieczenia, którą był objęty, wygasa. Wniosek złożony po tym terminie Towarzystwo pozostawia bez rozpatrzenia.
2. Prawo do zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje:
  - 1) Ubezpieczonemu, który przestał być związany z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 3) lub 4) oraz ust. 3,
  - 2) Małżonkowi Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego, o ile spełnia warunki co do wieku Ubezpieczonego i nie jest objęty ochroną Towarzystwa z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU,
  - 3) Ubezpieczonemu, który przestał być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia grupowego z uwagi na osiągnięcie wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem ust 4.
3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie OWU. W umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczony staje się Ubezpieczającym. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, składka oraz suma ubezpieczenia są zgodne z warunkami umowy ubezpieczenia grupowego

na dzień wystąpienia Ubezpieczonego, chyba że Towarzystwo zaproponuje inne warunki ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

4. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia od wyników oceny medycznej dokonanej na podstawie ankiet medycznych lub badań lekarskich.
5. Towarzystwo może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, odmówić jej zawarcia lub zaproponować zawarcie umowy na zmienionych warunkach.
6. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku z możliwością jej przedłużenia na kolejne okresy.
7. Nie później niż na 30 (trzydzieści) dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia Towarzystwo może dokonać oceny ryzyka i przedstawić Ubezpieczonemu ofertę przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny rok, określając w niej nowe warunki ubezpieczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie zgodzi się na propozycję Towarzystwa, o której mowa w ust. 7, to umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem danego rocznego okresu ubezpieczenia. W przypadku braku odpowiedzi Ubezpieczonego na ofertę Towarzystwa najpóźniej na 7 (siedem) dni przed końcem okresu obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i w przypadku wpłaty składki, umowa ta ulega przedłużeniu na okres kolejnego roku na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.
9. Jeżeli Towarzystwo nie przedstawi oferty przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia lub nie później niż na 7 (siedem) dni przed końcem okresu obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczony nie złoży oświadczenia o niekontynuowaniu umowy, ulega ona automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres jednego roku na dotychczasowych warunkach.
10. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji jest potwierdzone polisą.
11. Składki z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia opłacane są z góry, z częstotliwością kwartalną. Ubezpieczony jest zobowiązany do zapłaty pierwszej składki nie później niż w terminie wskazanym w polisie. Każdą następną należną składkę Ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia miesiąca następującego po okresie, za który została zapłacona poprzednia składka. W przypadku niezapłacenia składki w powyższym terminie Towarzystwo wezwie Ubezpieczonego do zapłaty składki, wyznaczając mu siedmiodniowy termin dodatkowy (termin dodatkowy) liczony od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego niniejszego wezwania. W przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczonego składki w terminie dodatkowym uznaje się, że Ubezpieczony wypowiedział umowę ubezpieczenia bez zachowania okresu wypowiedzenia, ostatniego dnia terminu dodatkowego.
12. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zostanie złożony przez Ubezpieczonego najpóźniej w terminie 1 (jednego) miesiąca, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony został zgłoszony jako występujący, albo umowa ubezpieczenia, którą był objęty, uległa rozwiązaniu, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie wystąpienia z ubezpieczenia grupowego albo rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zapłaceniu składki. Okres karencji zostaje zniesiony lub skrócony proporcjonalnie do czasu, przez jaki Ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji objęty był ubezpieczeniem grupowym w Towarzystwie.
13. W przypadku niespełnienia postanowień ust. 12 ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zapłaceniu składki. Karencja na wszystkie zdarzenia niebędące następstwem wypadku wynosi 6 (sześć) miesięcy od daty zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji, z zastrzeżeniem, że karencja z tytułu Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną wynosi 10 (dziesięć) miesięcy.
14. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym paragrafie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, dotyczące umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
15. Ponowne przystąpienie Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego może nastąpić po rozwiązaniu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.



## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 19.

1. Wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie i przesyłane na adres Towarzystwa, a w przypadkach określonych w OWU na adres siedziby Towarzystwa.
2. Jeżeli pismo skierowane do Towarzystwa nie zawiera identyfikacji umowy albo oświadczenie zawarte w piśmie nie zawiera danych pozwalających na ustalenie przedmiotu i zakresu danego oświadczenia, Towarzystwo po otrzymaniu pisma zwróci się do osoby, która złożyła pismo o uzupełnienie. Skutek doręczenia takiego pisma następuje w dniu doręczenia prawidłowo sporządzonego pisma uzupełniającego. Pismo Towarzystwa uznaje się za doręczone z chwilą doręczenia go pod ostatnio znany Towarzystwu adres osoby, do której pismo jest skierowane.
3. Towarzystwo jest zobowiązane powiadomić o zmianie swojej siedziby przez dwukrotne ogłoszenie w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym.
4. Do dochodzenia wszelkich roszczeń z umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub inne osoby uprawnione z umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio postanowienia § 13 „Wypłata świadczeń”.
5. Ubezpieczający może dokonać cesji praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia za pisemną zgodą Towarzystwa.
6. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 23 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej z późniejszymi zmianami oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
7. W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
8. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
9. Sędem właściwym do rozpatrywania wszelkich sporów wynikłych pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innymi osobami uprawnionymi z umowy ubezpieczenia lub ich następcami prawnymi jest sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03)

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

1. W przypadku gdy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zadeklarował składkę funduszową, do umowy ubezpieczenia stosuje się również niniejszy Załącznik.
2. Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:
  - 1) **składka (składka należna)** – kwota należna Towarzystwu z tytułu umowy ubezpieczenia, płatna w terminach i wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, składająca się z:
    - a) części ochronnej – za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej (składka ochronna),
    - b) części funduszowej – za którą przydzielane są jednostki Funduszy (składka funduszowa);
  - 2)  **dodatkowa składka funduszowa** – kwota, za którą przydzielane są dodatkowe jednostki Funduszy, płatna w dowolnych terminach i wysokości nie niższej niż aktualnie obowiązująca minimalna dodatkowa składka funduszowa, określona zgodnie z Tabelą Opłat i Składek;
  - 3)  **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek funduszowych oraz dodatkowych składek funduszowych wpłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, lokowany w Fundusze i zarządzany przez Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
  - 4)  **Fundusz** – część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego o określonej w Strategiach Funduszy strategii inwestycyjnej;
  - 5)  **jednostki Funduszu (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest dzielony dany Fundusz, służące do rozliczania operacji związanych z tym Funduszem;
  - 6)  **indywidualny rachunek** – rachunek prowadzony przez Towarzystwo w ramach jednej polisy/grupy indywidualnie dla każdego z Ubezpieczonych, na którym zapisane są jednostki Funduszy przydzielone Ubezpieczonemu za składki funduszowe, wpłacane na jego rzecz na podstawie umowy ubezpieczenia;
  - 7)  **wartość indywidualnego rachunku** – wartość wszystkich jednostek Funduszy zapisanych na indywidualnym rachunku Ubezpieczonego;
  - 8)  **konto A** – konto będące częścią indywidualnego rachunku Ubezpieczonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, na którym ewidencjonowane są jednostki Funduszy przydzielane za składki funduszowe, wpłacane przez Ubezpieczającego, jeżeli wydatki na pokrycie składek funduszowych Ubezpieczający zadeklarował jako zaliczane do kosztów uzyskania przychodu dla celów rozliczeń podatkowych;
  - 9)  **konto B** – konto będące częścią indywidualnego rachunku Ubezpieczonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, na którym ewidencjonowane są jednostki Funduszy przydzielane za składki funduszowe, wpłacane przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli wydatków na pokrycie składek funduszowych Ubezpieczający nie będzie zaliczał do kosztów uzyskania przychodu dla celów rozliczeń podatkowych;
  - 10)  **konto dodatkowe** – konto będące częścią indywidualnego rachunku Ubezpieczonego, na którym ewidencjonowane są jednostki Funduszy przydzielane za dodatkowe składki funduszowe, wpłacane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby trzecie na rzecz Ubezpieczonego;
  - 11)  **konto regularne** – konto będące częścią indywidualnego rachunku Ubezpieczonego w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki Funduszy przydzielane za wpłacane regularne składki funduszowe;

- 12) **subkonto** – subkonto będące częścią konta odpowiednio A, B, dodatkowego lub regularnego, na którym są ewidencjonowane jednostki jednego określonego Funduszu;
- 13) **wartość konta (subkonta)** – wartość jednostek zapisanych na danym koncie (subkoncie);
- 14) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego stanowiący integralną część OWU;
- 15) **Tabela Opłat i Składek** – tabela określająca zasady lub wysokość opłat, minimalną składkę funduszową i dodatkową składkę funduszową, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia.

## SKŁADKA

### § 2.

1. Częstotliwość i terminy opłacania składki są jednakowe dla składki ochronnej i funduszowej, dla wszystkich grup wyodrębnionych w danej umowie ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 7 i 9 pkt 3) ppkt b) OWU.
2. Towarzystwo otwiera odrębne konta bankowe, przeznaczone na wpłaty:
  - 1) składek należnych,
  - 2) dodatkowych składek funduszowych opłacanych przez Ubezpieczającego,
  - 3) dodatkowych składek funduszowych opłacanych bezpośrednio przez Ubezpieczonego.
3. Wpłata składki jest dokonana, jeżeli wpłynęła na właściwe konto, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki wpływu składki na niewłaściwe konto.
4. Składka należna Towarzystwu z tytułu umowy ubezpieczenia jest sumą należnej składki ochronnej i należnej składki funduszowej.
5. Należną składkę funduszową oblicza się jako sumę składek funduszowych ustalonych w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych. Składka funduszowa ustalona w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego nie może być niższa niż minimalna składka funduszowa ustalona przez Towarzystwo zgodnie z Tabelą Opłat i Składek. Wysokość składki funduszowej może być ustalona dla każdego Ubezpieczonego odrębnie poprzez wskazanie tej kwoty na liście osób przystępujących lub liście zmian.
6. Jednostki przydzielane za należną składkę funduszową są ewidencjonowane na koncie A lub B, w zależności od dyspozycji Ubezpieczającego. Ubezpieczający może dokonać podziału wpłacanej składki funduszowej pomiędzy konto A i B. W takim przypadku Ubezpieczający określa procentowo (do dwóch miejsc po przecinku) wielkość środków przeznaczonych na przydzielenie jednostek ewidencjonowanych na koncie A i B. Należną składkę uznaje się za opłaconą w dniu, w którym składka należna (ochronna i funduszowa) została opłacona w całości.
7. Wysokość składki określana jest w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 zdanie 3.
8. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych składek funduszowych. Równocześnie z dokonaniem wpłaty dodatkowej składki funduszowej Ubezpieczający przesyła do siedziby Towarzystwa listę Ubezpieczonych, których wpłata dotyczy, wraz z wysokością składek przypadających poszczególnym Ubezpieczonym. Dodatkowa składka funduszowa jest inwestowana pod warunkiem, że jej wysokość jest zgodna z kwotą podaną na liście. Za datę wpłaty składki uznaje się datę uzgodnienia kwoty wpłacanej składki z kwotą na liście.
9. W każdym czasie, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych składek funduszowych.
10. Za wpłacone kwoty składek funduszowych i dodatkowych składek funduszowych Ubezpieczonemu przydzielane są jednostki w Funduszach na zasadach określonych w Regulaminie.

## FUNDUSZE

### § 3.

1. Towarzystwo proponuje Fundusze o różnych strategiach inwestycyjnych, funkcjonujące na podstawie Regulaminu. W razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami OWU a postanowieniami Regulaminu stosuje się postanowienia OWU.
2. Ubezpieczający może wskazać Fundusze mające zastosowanie w danej umowie ubezpieczenia, a Ubezpieczony w ramach tego wskazania wybiera własny zestaw Funduszy, akceptując tym samym poziom ryzyka inwestycyjnego. Ubezpieczony jest Uprawnionym, o którym mowa w Regulaminie.
3. Fundusze mające zastosowanie w danej umowie ubezpieczenia są wskazane w umowie ubezpieczenia.
4. Dla każdego z Ubezpieczonych, na rzecz którego zadeklarowano składkę funduszową, Towarzystwo prowadzi, w ramach

jednej polisy/grupy, jeden indywidualny rachunek, na którym zapisane są jednostki Funduszy przydzielone Ubezpieczonemu za składki funduszowe, wpłacane na jego rzecz przez Ubezpieczającego, przez niego samego lub przez osobę trzecią, które nie zostały umorzone.

5. Tryb przydzielania i umarzania jednostek danego Funduszu określony jest w Regulaminie.
6. Z tytułu wykonywania operacji związanych z Funduszami oraz indywidualnymi rachunkami Ubezpieczonych Towarzystwo pobiera opłaty zgodnie z Tabelą Opłat i Składek.
7. Towarzystwu przysługuje prawo dokonywania waloryzacji wysokości opłat określonych kwotowo w Tabeli Opłat i Składek. Wysokość opłaty wynikająca z waloryzacji obowiązuje od dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o waloryzacji. Wskaźnik waloryzacji Towarzystwo określa na podstawie wskaźników wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym, ogłaszanych przez GUS, z okresu od ostatniej waloryzacji opłaty. Każdej kolejnej waloryzacji podlega opłata w wysokości obowiązującej w dniu waloryzacji. Na każde żądanie Ubezpieczającego Towarzystwo jest zobowiązane podać Ubezpieczającemu aktualną zwaloryzowaną wysokość opłaty.

## PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

### § 4.

Jeżeli Ubezpieczający jest zainteresowany opłacaniem składki funduszowej, to winien złożyć do Towarzystwa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia listę osób przystępujących do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego oraz ich Deklarację zgody. Na liście osób przystępujących określa się wysokość składki funduszowej osobno dla każdej osoby przystępującej. W przypadku zadeklarowania opłacania składki funduszowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający dodatkowo składa wniosek o zmianę umowy ubezpieczenia.

## OBYWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I TOWARZYSTWA WYNIKAJĄCE Z PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

### § 5.

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Towarzystwu wszystkich danych wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do zawarcia i do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności poleceń Ubezpieczonych, bezpośrednio na adres siedziby Towarzystwa, dotyczących rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze (zmiany funduszy) i poleceń zamiany jednostek Funduszy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do wykonania poleceń Ubezpieczonych wymienionych w ust. 1 w ciągu 9 (dziewięciu) dni następujących po dniu doręczenia polecenia do Towarzystwa, z zastrzeżeniem ust. 3 - 6.
3. Ubezpieczony może polecić Towarzystwu zamianę jednostek Funduszu albo Funduszy (Fundusze Źródłowe) na jednostki innego Funduszu albo Funduszy (Fundusze docelowe). Polecenie składa się oddzielnie dla jednostek Funduszu zapisanych na poszczególnych kontaktach.
4. Nie można zamienić jednostek zapisanych na danym koncie na jednostki zapisane na innym koncie.
5. Zamiana Funduszy następuje poprzez umorzenie jednostek Funduszy Źródłowych i przydzielenie w zamian za umorzone jednostki jednostek Funduszy docelowych.
6. Towarzystwo dokona:
  - 1) umorzenia jednostek Funduszy Źródłowych w ciągu 6 (sześciu) dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu dostarczenia prawidłowo wypełnionego wniosku o zmianę Funduszy na adres siedziby Towarzystwa,
  - 2) przydzielenia w zamian za umorzone powyżej jednostki jednostek Funduszy docelowych w ciągu 6 (sześciu) dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu umorzenia jednostek Funduszy Źródłowych.
7. Towarzystwo jest zobowiązane do przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej informacji o wartości wykupu nie rzadziej niż raz w roku.

## WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 6.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie funduszowe w wysokości aktualnej ilości

- jednostek zgromadzonych na indywidualnym rachunku Ubezpieczonego w dniu uznania przez Towarzystwo roszczenia i wartości jednostek ustalonej według wyceny z daty zgonu.
- Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU nie mają zastosowania do świadczenia funduszowego.

#### WYKUP UBEZPIECZENIA

##### § 7.

- Wykup ubezpieczenia polega na umorzeniu na podstawie wniosku o wykup ubezpieczenia, złożonego przez Ubezpieczonego, wszystkich albo niektórych jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku i wypłacie Ubezpieczonemu, po pobraniu opłaty z tytułu wykupu, kwoty odpowiadającej całości albo części tego rachunku ustalonej na dzień wykupu.
- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wykupu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia na następujących zasadach, w odniesieniu do jednostek znajdujących się na:
  - koncie A – po upływie 5 (pięciu) lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony przystąpił do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego,
  - koncie B lub dodatkowym – w każdym czasie.
- Wykup ubezpieczenia może nastąpić, stosownie do wniosku Ubezpieczonego, w całości lub w części, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 1).
- Wartość jednostek wypłacanych w ramach wykupu ubezpieczenia ustala się na 3 (trzeci) dzień roboczy (dzień wykupu) od daty doręczenia na adres siedziby Towarzystwa wniosku o dokonanie wypłaty. Jeżeli wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony, Towarzystwo może zwrócić się do Ubezpieczonego o jego uzupełnienie lub prawidłowe wypełnienie. W takim przypadku wniosek uznaje się za złożony w dacie jego uzupełnienia lub prawidłowego wypełnienia.
- W przypadku wniosku o wykup ubezpieczenia w odniesieniu do jednostek znajdujących się na koncie A lub B oraz w przypadku rozbieżności pomiędzy kwotą wpłaconą a składką należną, Towarzystwo przed wypłatą środków może wystąpić do Ubezpieczającego o udzielenie dodatkowych informacji lub wyjaśnień, pozwalających na uzgodnienie tych rozbieżności.
- Towarzystwo wypłaci wartość umorzonych jednostek niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 11 (jedenastu) dni roboczych, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 1) oraz ust. 5, licząc od dnia otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa, po potrąceniu opłat zgodnie z Tabelą Opłat i Składek.
- Wypłata środków następuje przelewem na rachunek wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku, o którym mowa w ust. 1

#### WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

##### § 8.

- Ubezpieczony zgłoszony jako występujący z ubezpieczenia nabywa prawo do wypłaty kwoty odpowiadającej całości wartości jego indywidualnego rachunku z datą wystąpienia, z zastrzeżeniem § 7.
- Ubezpieczony zgłoszony jako występujący z ubezpieczenia, który nabył prawo do wypłaty, składa do siedziby Towarzystwa pisemny wniosek o wypłatę wartości jego indywidualnego rachunku z podaniem numeru rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty.
- W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 2, środki pochodzące z umorzenia jednostek ewidencjonowanych na indywidualnym rachunku Ubezpieczonego są wypłacane na zasadach wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 7.
- Z tytułu realizacji wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera opłaty zgodnie z Tabelą Opłat i Składek.

#### ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 9.

- Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w części dotyczącej Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie umowy w tej części nie ma wpływu na obowiązywanie umowy w pozostałym zakresie.
- Niezależnie od postanowień ust. 1, rozwiązanie umowy w części dotyczącej Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w stosunku do danego Ubezpieczonego następuje z dniem wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.
- W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu ubezpieczenia na zasadach określonych w § 7.

- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonych na dzień rozwiązania umowy stosuje się postanowienia § 8.
- Z tytułu realizacji wymienionych wyżej postanowień dotyczących wykupu ubezpieczenia z indywidualnych rachunków Ubezpieczonych Towarzystwo pobiera opłaty zgodnie z Tabelą Opłat i Składek.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 10.

- W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Załączniku mają zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejszy Załącznik nie stanowi inaczej.
- Niniejszy Załącznik został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03)

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF03).

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

1. Do §1 POSTANOWIENIA OGÓLNE ustęp 2 dodaje się pkt 25) – 28) w brzmieniu:
  - 1) **Multipakiet** – zakres ubezpieczenia określony w Tabeli Multipakietów, dostępny w ramach ubezpieczenia pakietowego „Ubezpieczenie w Multipakietach”;
  - 2) **Rozmiar** – każdy z zakresów ubezpieczenia określony symbolami S, M, L, XL, XXL lub XXXL, dostępny w ramach ubezpieczenia pakietowego „Ubezpieczenie w Każdym Rozmiarze”;
  - 3) **ubezpieczenie pakietowe** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, w której składka określona jest na podstawie systemu pakietowego;
  - 4) **system pakietowy** – system ubezpieczenia grupowego, w którym składka za Multipakiet/Rozmiar jest określana na podstawie uśrednionych danych o wieku, płci i wykonywanej pracy grup pracowników spełniających warunki określone przez Towarzystwo;
2. Dotychczasowy §1 ust. 2 pkt 4) oraz ust. 3 nie ma zastosowania.

### ZAWIERANIE UMÓW W SYSTEMIE PAKIETOWYM

#### § 2.

Na podstawie OWU, niniejszego Aneksu do OWU oraz ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, z zachowaniem zmian, o których mowa poniżej, mogą być zawierane umowy ubezpieczenia w systemie ubezpieczeń pakietowych.

#### § 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego oraz, w zależności od wybranego Multipakietu/Rozmiaru, jego zdrowie oraz życie i zdrowie Współubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia oraz wysokości świadczeń (Multipakiet/Rozmiar) podane są w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczający może dokonać wyboru Multipakietu/Rozmiaru spośród obowiązujących w Towarzystwie w danym roku kalendarzowym, określonych odpowiednio w Tabeli Multipakietów/Tabeli Rozmiarów Towarzystwa.

#### § 4.

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w danym Multipakiecie/Rozmiarze, jeżeli do ubezpieczenia przystąpi:
  - 1) w zakładach pracy zatrudniających od 3 (trzech) do 15 (piętnastu) pracowników – minimum 75% ogółu zatrudnionych, nie mniej jednak niż 3 (trzy) osoby,
  - 2) w zakładach pracy zatrudniających więcej niż 15 (piętnastu) pracowników – minimum 50% ogółu zatrudnionych, nie mniej jednak niż 12 (dwanaście) osób.
2. Ubezpieczający może zawrzeć tylko jedną umowę ubezpieczenia w systemie pakietowym, w ramach której może być utworzona tylko jedna grupa Ubezpieczonych.

#### § 5.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w danym Multipakiecie/Rozmiarze, jeżeli do ubezpieczenia przystąpi w danej grupie zawodowej:

- 1) w zakładach pracy zatrudniających od 3 (trzech) do 15 (piętnastu) pracowników – minimum 75% z danej grupy zawodowej, nie mniej jednak niż 3 (trzy) osoby,
- 2) w zakładach pracy zatrudniających więcej niż 15 (piętnastu) pracowników – minimum 50% z danej grupy zawodowej, nie mniej jednak niż 12 (dwanaście) osób.

#### § 6.

1. Na koniec każdego roku kalendarzowego Towarzystwo ustala wysokość składek ochronnych dla obowiązujących Multipakietów/Rozmiarów i przedstawia Ubezpieczającemu ofertę przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny rok, określając w niej nową, proponowaną wysokość składki.
2. W przypadku braku akceptacji powyższej oferty Ubezpieczający może wnioskować o zmianę Multipakietu/Rozmiaru lub o przedłużenie umowy ubezpieczenia na zasadach OWU, z wyłączeniem systemu ubezpieczeń pakietowych. W przypadku braku uzgodnienia warunków przedłużenia umowy ulega ona rozwiązaniu.
3. Nowe wysokości składek ochronnych mają zastosowanie w odniesieniu do umów zawieranych w kolejnym roku kalendarzowym oraz do umów przedłużanych od dnia przedłużenia umowy ubezpieczenia.
4. Składka płatna jest miesięcznie.
5. Umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu w przypadku spadku ogółu Ubezpieczonych poniżej 3 (trzech) osób.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 7.

1. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 31.08.2007 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych w systemie pakietowym po tej dacie.
2. Niniejszy Aneks został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 105/Z/07 z dnia 20.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03), dalej „OWU”

### § 1.

W § 13 OWU zmiana ulega brzmieniu ust. 5 w ten sposób, iż po zdaniu drugim dodaje się zdanie:  
„Jednakże bezsporną część świadczenia HDI-Gerling Życie spełni w terminie określonym w zdaniu pierwszym powyżej.”  
Dalsza część ust. 5 pozostaje bez zmian.

### § 2.

W § 19 OWU po ust. 9 dodaje się ust. 10 o poniższym brzmieniu, a dotychczasowy ust. 10 otrzymuje oznaczenie „11”:

„Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków, podlegają stosownym przepisom prawa regulującym opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat. Aktualny na dzień wejścia w życie Aneksu nr 2 do niniejszych ogólnych warunków stan prawny dotyczący zasad opodatkowania wypłat świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują:

1. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 – urzędowy jednolity tekst, z późn. zm.), a w szczególności art. 5a pkt 14, art. 9 ust.1; art. 11; art. 21 ust. 1 pkt 4, art. 24 ust.15; art. 30a ust. 1 pkt 5, ust. 2 i 3 oraz ust. 5-7; art. 41 ust. 4.

W przypadku zmian wyżej wymienionej ustawy, polegających na zmianie numeracji wskazanych powyżej artykułów czy też ich treści, jak też dodaniu nowych artykułów/ustępów, regulujących opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia – do opodatkowania tych świadczeń stosować się będzie tak zmienioną numeracją czy też treść, z uwzględnieniem treści wprowadzonej nowymi artykułami/ustępami.

2. Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 – urzędowy jednolity tekst, z późn. zm.), a w szczególności art.7 ust.1; art.12; art.18; art.19 ust.1. W przypadku zmian wyżej wymienionej ustawy, polegających na zmianie numeracji wskazanych powyżej artykułów czy też ich treści, jak też dodaniu nowych artykułów/ustępów, regulujących opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia – do opodatkowania tych świadczeń stosować się będzie tak zmienioną numeracją czy też treść, z uwzględnieniem treści wprowadzonej nowymi artykułami/ustępami.

W przypadku podatników mających miejsce zamieszkania lub siedzibę za granicą przepisy polskiego prawa podatkowego są stosowane wraz z postanowieniami właściwej umowy międzynarodowej w sprawie unikania podwójnego opodatkowania, o ile taka umowa została zawarta. Zastosowanie umowy może być uzależnione od przedstawienia przez podatnika certyfikatu rezydencji.”

### § 3

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (GUF 03) pozostają bez zmian.

### § 4

Niniejszy Aneks, stanowiący integralną część OWU, został uchwalony przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Uchwałą nr 10/HDI/2009 z dnia 13.01.2009 r. i wchodzi w życie z dniem 13.01.2009 r. i stosować się będzie do umów ubezpieczenia, do których zastosowanie znajdują postanowienia OWU.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03), dalej „OWU”

### § 1

W Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „GUF03” dokonuje się następujących zmian:

1. wykreśla się treść § 19 ust. 1, 2 i 3 OWU,
2. dotychczasowe ustępy od 4 do 10 § 19 OWU otrzymują odpowiednio oznaczenie: 1, 2, 3, 4, 5, 6 i 7.

### § 2

W Załączniku nr 1 do OWU dokonuje się następujących zmian:

1. w § 1 ust. 2 pkt. 3 otrzymuje poniższe brzmienie:  
„**Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – wydzielony przez HDI-Gerling Życie TU S.A. fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek funduszowych oraz dodatkowych składek funduszowych wpłacanych na podstawie umów ubezpieczenia, inwestowany na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;”
2. w § 1 ust. 2 pkt. 4 otrzymuje poniższe brzmienie:  
„**Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin)** – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach umów ubezpieczenia;”
3. w § 1 ust. 2 OWU wykreśla się pkt. 14, a dotychczasowy pkt. 15 otrzymuje oznaczenie 14.
4. w § 3 Załącznika nr 1 do OWU w ust. 2 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:  
„Ubezpieczony jest osobą uprawnioną do składania dyspozycji dotyczących Funduszy zgodnie z postanowieniami Regulaminu i OWU.”
5. wykreśla się dotychczasową treść ust. 5 w § 3 Załącznika nr 1 do OWU, który otrzymuje brzmienie:  
„Jednostki Funduszy są przydzielane w razie wypłaty składki na podstawie danej umowy ubezpieczenia.”
6. na końcu § 3 Załącznika nr 1 do OWU dodaje się ust. 8-20, o następującym brzmieniu:  
„8. Dzień przydzielenia określa Towarzystwo. Dzień ten wypada w ciągu 5 (pięciu) dni roboczych od wpłynięcia składki, a jeżeli w dniu wpłynięcia składki nie można było jej zidentyfikować – od dnia jej zidentyfikowania. Zidentyfikowanie składki oznacza ustalenie umowy ubezpieczenia, na podstawie której składka została wpłacona, osób, za które składka została wpłacona wraz z określeniem składki przypadającej na każdą z tych osób, a także – o ile umowa ta przewiduje więcej niż jeden rodzaj składki – rodzaju składki. Jeżeli jednak dana umowa ubezpieczenia przewiduje, że składka jest płatna w określonym terminie, powyższy termin pięciodniowy nie może rozpocząć biegu wcześniej niż ostatniego dnia terminu płatności tej składki. Nadto powyższy termin pięciodniowy nie może rozpocząć biegu przed dniem, w którym zaczęło obowiązywać pierwsze prawidłowe polecenie rozdzielania składki pomiędzy Fundusze, o którym mowa w ust. 9. Tę ostatnią zasadę stosuje się odpowiednio, jeżeli dotychczasowe polecenie wymieniło tylko zlikwidowane Fundusze.
9. Wpłacona składka jest rozdzielana pomiędzy poszczególne Fundusze istniejące w dniu przydzielenia, zgodnie z odpowiednim poleceniem osoby uprawnionej, które obowiązuje na ten dzień. Polecenie obowiązuje począwszy od pierwszego dnia roboczego po dniu jego doręczenia do siedziby Towarzystwo. Polecenie winno wskazywać, jaki procent składki ma zostać przeznaczony na dany Fundusz; procenty dotyczące poszczególnych Funduszy powinny wynosić razem 100% (sto procent). Procenty dotyczące Funduszy zlikwidowanych są rozdzielane pomiędzy pozostałe Fundusze wymienione w poleceniu stosunkowo do procentów dotyczących tych pozostałych Funduszy.

10. Uprawniony nie może odwołać polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, lecz może je zmienić, doręczając do siedziby Towarzystwo oświadczenie o zmianie tego polecenia. Oświadczenie o zmianie polecenia jest bezskuteczne, jeżeli w jego wyniku polecenie stałoby się nieprawidłowe. Oświadczenie o zmianie polecenia obowiązuje od pierwszego dnia roboczego po dniu doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwo
11. Jeżeli ogólne warunki tak stanowią, od zmiany polecenia rozdzielenia składki pobierana jest opłata, której wysokość przewidują ogólne warunki. Opłata jest pobierana przez umorzenie jednostek każdego Funduszu. Część opłaty przypadająca na Fundusz odpowiada udziałowi wartości jednostek tego Funduszu w ogólnej wartości jednostek wszystkich Funduszy.
12. Jeżeli ogólne warunki tak stanowią, przy wpłacie składki pobierana jest opłata, której wysokość przewidują ogólne warunki poprzez określenie odpowiedniej stawki procentowej. Pobranie tej opłaty następuje w sposób wskazany w ust. 13.
13. Liczbę jednostek danego Funduszu przydzielanych w razie wpłaty składki oblicza się, dzieląc:
  - 1) wysokość wpłacanej składki przeznaczonej na ten Fundusz zgodnie z prawidłowym poleceniem rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, przez
  - 2) wartość jednostki tego Funduszu na dzień przydzielenia powiększoną o procent tej wartości równy odpowiedniej stawce procentowej opłaty, o której mowa w ust. 12.
14. Tak obliczona liczba jednostek danego Funduszu jest przydzielana w dniu przydzielenia.
15. Osoba uprawniona może polecić Towarzystwu zamianę jednostek Funduszu albo Funduszy (Fundusze Źródłowe) na jednostki innego Funduszu albo Funduszy (Fundusze docelowe).
16. Dzień zamiany określa Towarzystwo. Dzień zamiany wypada w ciągu 5 (pięciu) dni roboczych od doręczenia do siedziby Towarzystwa prawidłowego polecenia zamiany Funduszy. Jednakże polecenie to może wskazywać dzień zamiany przypadający po upływie tego terminu pięciodniowego. Prawidłowość polecenia ocenia się wedle stanu na dzień zamiany.
17. Polecenie zamiany Funduszy winno wskazywać liczbę jednostek każdego Funduszu źródłowego, których ono dotyczy. Wskazanie to następuje przez określenie procentu liczby wszystkich istniejących jednostek danego Funduszu źródłowego pochodzących z wpłaty składki na podstawie danej umowy ubezpieczenia. Liczbę wskazanych jednostek tego Funduszu ustala się, stosując taki procent na dzień zamiany.
18. Jeżeli ogólne warunki tak stanowią, od zamiany Funduszy pobierana jest opłata. Opłata jest pobierana w sposób wskazany w ust. 20. Na dzień zamiany wartość wszystkich jednostek Funduszy źródłowych wskazanych w poleceniu zamiany Funduszy musi być wyższa od należnej opłaty od zamiany Funduszy obowiązującej na ten dzień.
19. Polecenie zamiany Funduszy winno wskazywać nazwę Funduszu albo Funduszy docelowych istniejących w dniu zamiany. Jeżeli jest więcej niż jeden Fundusz docelowy, polecenie winno wskazywać, jaki procent wartości wszystkich jednostek Funduszy źródłowych wskazanych w poleceniu ma zostać przeznaczony na dany Fundusz docelowy. W tym ostatnim wypadku procenty dotyczące poszczególnych Funduszy docelowych powinny wynosić razem 100% (sto procent).
20. W dniu zamiany Towarzystwo:
  - 1) umarza liczbę jednostek każdego z Funduszy źródłowych wskazaną w prawidłowym poleceniu zamiany Funduszy oraz
  - 2) oblicza wartość wszystkich umarżanych jednostek danego Funduszu źródłowego na dzień zamiany, mnożąc ich liczbę przez wartość jednostki tego Funduszu na dzień zamiany, oraz
  - 3) jeżeli jest więcej niż jeden Fundusz źródłowy – sumuje tak obliczone wartości, oraz
  - 4) pomniejsza wartość wszystkich umarżanych jednostek Funduszy źródłowych o należną opłatę od zamiany Funduszy obowiązującą na dzień zamiany, oraz
  - 5) rozdziela tak pomniejszoną wartość wszystkich umarżanych jednostek Funduszy źródłowych pomiędzy poszczególne Fundusze docelowe, zgodnie z prawidłowym poleceniem zamiany Funduszy, oraz
  - 6) oblicza liczbę jednostek danego Funduszu docelowego, które zostaną przydzielone, dzieląc:
    - a) pomniejszoną wartość wszystkich umarżanych jednostek Funduszy źródłowych przypadającą na ten Fundusz docelowy, przez
    - b) wartość jednostki tego Funduszu docelowego na dzień zamiany, oraz
  - 7) przydziela tak obliczoną liczbę jednostek Funduszu docelowego.”

## § 3

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „GUF03” pozostają bez zmian.

## § 4

Niniejszy Aneks stanowiący integralną część OWU został uchwalony przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Uchwałą nr 77/HDI/2010 r. z dnia 23.02.2010 r. i wchodzi w życie z dniem 01.03.2010 r. i stosować się będzie do umów ubezpieczenia zawartych zarówno przed jego wejściem w życie jak i umów zawartych po jego wejściu w życie.

Prezes Zarządu  
HDI-Gerling Życie TU SA



Witold Bej-Belkowski

Członek Zarządu  
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU W NASTĘPSTWIE WYPADKU (ZUW03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego albo dziecko w pełni bądź częściowo przez niego przysposobione, które nie ukończyło 25. (dwudziestego piątego) roku życia;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zgonu Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku;
- 4) **zgon Ubezpieczonego w następcstwie wypadku** – zgon Ubezpieczonego pozostający w związku przyczynowym z tym wypadkiem.

#### § 2.

Ilekcóż w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek lub Dziecko zostało objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 1 i 2.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest, według wyboru, w następujących wariantach obejmujących:
  - 1) wariant 1 – Ubezpieczonego lub
  - 2) wariant 2 – Małżonka Ubezpieczonego lub
  - 3) wariant 3 – Dziecko Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający może wybrać od 1 (jednego) do 3 (trzech) wariantów.
3. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Ubezpieczonego w następcstwie wypadku. Wypadek i zgon Ubezpieczonego spowodowany tym wypadkiem muszą nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
4. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 3, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 4.

Niezależnie od postanowień OWU określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Dziecka Ubezpieczonego wygasa również z dniem 25. (dwudziestych piątych) urodzin Dziecka Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 5.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 6.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego określonego w § 3 ust. 1 pkt 1) w następcstwie wypadku Towarzystwo wypłaci, oprócz świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w wariantcie 1.

2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego określonego w § 3 ust. 1 pkt 2) lub 3) w następcstwie wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, odpowiednio w wariantcie 2 lub 3.
3. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje określoną w umowie dla danego wariantu sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
  - 3) protokołu powypadkowego,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 8.

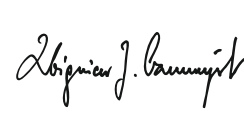
1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (ZWK03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 2) **pojazd** – środek transportu przeznaczony, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, do poruszania się po drodze lub w ruchu wodnym, lub powietrznym albo maszyna lub urządzenie do tego przystosowane;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego;
- 4) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną z udziałem pojazdu w ruchu drogowym, wodnym lub powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony jako uczestnik wypadku doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł, zaistniałe niezależnie od woli Ubezpieczonego, które wystąpiło w związku z ruchem pojazdu w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – zgon Ubezpieczonego pozostający w związku z przyczynowym z tym wypadkiem komunikacyjnym.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego. Wypadek komunikacyjny i zgon Ubezpieczonego spowodowany tym wypadkiem muszą nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 3.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 4.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, oprócz świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
  - 3) protokołu powypadkowego,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz

- 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 5.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z:
  - 1) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
    - a) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
    - b) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego lub
  - 2) umyślnym naruszeniem zasad ruchu drogowego, wodnego lub powietrznego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 6.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu

Członek Zarządu



Sławomir Waleryś



Zbigniew Czuszyński



## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (ZWPO3 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku przy Pracy stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 2) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku przy Pracy;
- 3) **wypadek przy pracy** – wypadek przy pracy w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia, który nastąpił w związku ze świadczeniem pracy u Ubezpieczającego;
- 4) **zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** – zgon Ubezpieczonego pozostający w związku przyczynowym z tym wypadkiem przy pracy.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy. Wypadek przy pracy i zgon Ubezpieczonego spowodowany tym wypadkiem muszą nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku przy pracy.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 3.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 4.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy, oprócz świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
  - 3) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie wypadku przy pracy,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 5.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:

- 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli:
    - 1) wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było udowodnione naruszenie przez Ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa lub
    - 2) Ubezpieczony po spożyciu alkoholu przyczynił się w znacznym stopniu – poprzez działanie lub zaniechanie – do wypadku przy pracy.
  3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
    - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
    - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 6.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku przy Pracy zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (ZUZ03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 2) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu;
- 3) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej na skutek ostrego niedokrwienia lub krwotoku śródczaszkowego z następowym trwałym występowaniem neurologicznych objawów ubytkowych. Obecność trwałego deficytu neurologicznego musi zostać potwierdzona przez neurologa po okresie nie krótszym niż 6 (sześć) tygodni od momentu wystąpienia pierwszych objawów. Za udar mózgu nie są uważane przejściowe ataki niedokrwienne (TIA), objawy mózgowie spowodowane migreną oraz zaburzenia ukrwienia nerwu wzrokowego, a także uszkodzenia pourazowe;
- 4) **zawał serca** – ostra martwica mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, rozpoznana jednoznacznie w wyniku stwierdzenia wszystkich wymienionych niżej cech zawału serca:
  - a) typowe objawy kliniczne ostrego zawału (na przykład charakterystyczne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej);
  - b) nowe (niewystępujące dotychczas) zmiany elektrokardiograficzne typowe dla zawału serca;
  - c) charakterystyczny wzrost poziomu enzymów sercowych AspAT, AlAT, CPK, CK-MB lub wzrost poziomu troponiny T > 1,0 ng/ml lub Accu Tnl > 0,5 ng/ml;
 Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte inne postacie ostrego zespołu wieńcowych niespełniające wyżej wymienionych kryteriów;
- 5) **zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu** – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednią lub wyjściową przyczyną był zawał serca lub udar mózgu Ubezpieczonego.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Zawał serca lub udar mózgu i zgon Ubezpieczonego spowodowany tym zawałem serca lub udarem mózgu muszą nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 3 (trzy) miesiące od dnia zaistnienia zawału serca lub udaru mózgu.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wygasa również z dniem 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.

2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci, oprócz świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności rozszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu,
  - 2) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
  - 3) odpisu protokołu badania sekcijnego,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:

- 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
- 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
- 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
- 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu

Członek Zarządu



Sławomir Walerys



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE WYPADKU (UWIO3 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następcstwie Wypadku stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wypadku, który był przyczyną powstania uszczerbku na zdrowiu;
- 2) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Uszczerbku na Zdrowiu w Następcstwie Wypadku;
- 3) **uszczerbek na zdrowiu (uszczerbek)** – trwałe, nierokujące poprawy po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji, naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego będące następstwem wypadku, powodujące upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego; naruszenie sprawności organizmu musi pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z tym wypadkiem.

#### § 2.

Ileokroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:
  - 1) Ubezpieczonego albo
  - 2) Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest powstanie u Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku, który nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
3. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 2, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 4.

Niezależnie od postanowień OWU określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 5.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 6.

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie za każdy 1% uszczerbku.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, którego funkcje były upośledzone przed danym wypadkiem, ustalony stopień stałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień uszczerbku na zdrowiu istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia

zasadności roszczenia:

- 1) zaświadczenia lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
  - 2) kopii dokumentacji medycznej przekazanej lekarzowi w czasie badania przez komisję lekarską,
  - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego na formularzu Towarzystwa przez lekarza orzecznika,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu ustalenia procentowej wielkości uszczerbku na zdrowiu. Na badanie przez komisję lekarską Ubezpieczony zostaje skierowany po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem leczenia usprawniającego zaleconego przez lekarza. Jeżeli okres leczenia i rehabilitacji jest dłuższy niż 3 (trzy) lata od dnia zajścia zdarzenia, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie przed komisją lekarską bez wymaganego zaświadczenia o zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.
  6. Po otrzymaniu orzeczenia wydanego przez komisję lekarską, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji przez Konsultanta ds. Orzecznictwa Towarzystwa ustalonej wysokości uszczerbku na zdrowiu albo ponownego skierowania na badanie przed komisją lekarską po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
  7. Za pogorszenie stanu zdrowia uważa się wszelkie dolegliwości, które wystąpiły po wydaniu orzeczenia przez komisję lekarską powołaną przez Towarzystwo, nie później jednak niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 8.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następcstwie Wypadku zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (UZU03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu u Ubezpieczonego;
- 2) **uszczerbek na zdrowiu (uszczerbek)** – trwałe naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego będące wynikiem zawału serca lub udaru mózgu, powodujące upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu;
- 4) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej na skutek ostrego niedokrwienia lub krwotoku śródczaszkowego z następowym trwałym występowaniem neurologicznych objawów ubytkowych; Obecność trwałego deficytu neurologicznego musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa po okresie nie krótszym niż 6 (sześć) tygodni od momentu wystąpienia pierwszych objawów. Za udar mózgu nie są uważane przejściowe ataki niedokrwienne (TIA), objawy mózgowe spowodowane migreną oraz zaburzenia ukrwienia nerwu wzrokowego, a także uszkodzenia pourazowe;
- 5) **zawał serca** – ostra martwica mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, rozpoznana jednoznacznie w wyniku stwierdzenia wszystkich wymienionych niżej cech zawału serca:
  - a) typowe objawy kliniczne ostrego zawału (na przykład charakterystyczne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej);
  - b) nowe (niewystępujące dotychczas) zmiany elektrokardiograficzne typowe dla zawału serca;
  - c) charakterystyczny wzrost poziomu enzymów sercowych AspAT, AlAT, CPK, CK-MB lub wzrost poziomu troponiny T > 1,0 ng/ml lub Accu Tnl > 0,5 ng/ml.
 Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte inne postacie ostrego zespołu wieńcowego niespełniające wyżej wymienionych kryteriów.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dotyczy jedynie zdarzeń, których przyczyna nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Karczacja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 3 (trzy) miesiące, z zastrzeżeniem § 11 OWU.
2. Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem:
  - 1) wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego,
  - 2) 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego za każdy 1% uszczerbku.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności rozszczenia:
  - 1) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz zaświadczenia lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
  - 2) kopii dokumentacji medycznej przekazanej lekarzowi w czasie badania przez komisję lekarską,
  - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego na formularzu Towarzystwa przez lekarza orzecznika Towarzystwa,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu ustalenia procentowej wielkości uszczerbku na zdrowiu. Na badanie przed komisją lekarską Ubezpieczony zostaje skierowany po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem leczenia usprawniającego zaleconego przez lekarza. Jeżeli okres leczenia i rehabilitacji jest dłuższy niż 3 (trzy) lata od dnia zajścia zdarzenia, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie przed komisją lekarską bez wymaganego zaświadczenia o zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.
5. Po otrzymaniu orzeczenia wydanego przez komisję lekarską, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji przez Konsultanta ds. Orzecznictwa Towarzystwa ustalonej wysokości uszczerbku na zdrowiu albo ponownego skierowania na badanie przed komisją lekarską po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
6. Za pogorszenie stanu zdrowia uważa się wszelkie dolegliwości związane z zawałem serca lub udarem mózgu, które wystąpiły po wydaniu orzeczenia przez komisję lekarską powołaną przez Towarzystwo, nie później jednak niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia zdarzenia.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeśli zawał serca lub udar mózgu lub przyczyna zdarzenia wystąpiły u Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo,

lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walke, skoki na linie.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Zawału Serca lub Udaru Mózgu zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZU03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

##### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała;
- 2) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass** – przeprowadzenie operacji wymagającej otwarcia klatki piersiowej z dostępu przez mostek (sternotomie) w celu skorygowania zwężeń/niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu pomostów aortalno-wieńcowych, z wyłączeniem leczenia wrodzonych wad serca. Wymagane jest potwierdzenie wskazań do operacji przez prowadzącego lekarza kardiologa. Konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych – koronarografii;
- 3) **dzień zajścia zdarzenia** – za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, przyjmuje się datę:
  - a) rozpoznania choroby – w przypadku choroby,
  - b) przeprowadzenia zabiegu – w przypadku zabiegu,
  - c) wypadku – w przypadku poważnego zachorowania będącego następstwem wypadku,
  - d) przeprowadzenia zabiegu albo umieszczenia na liście biorców, w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza – w przypadku przeszczepu dużych narządów;
- 4) **leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi** – przeprowadzenie dowolną metodą interwencyjną – z wykorzystaniem cewników śródnaczyniowych – przeszskórnego zabiegu poszerzenia lub udroźnienia istotnych (nie mniej niż 70% światła) zwężeń tętnic wieńcowych. Korekta musi dotyczyć zwężeń co najmniej 2 (dwóch) tętnic i musi być przeprowadzona w trakcie jednego zabiegu. Konieczność przeprowadzenia tego zabiegu musi zostać udokumentowana wynikami badań naczyniowych – koronarografii. Wyłączone są przypadki leczenia wrodzonych wad serca;
- 5) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwa zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgowej lub opon mózgowo-rdzeniowych (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego) potwierdzona badaniem CT lub NMR, powodująca objawy kliniczne i wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki. Ochroną nie są objęte: guzy przysadki, torbiele, ziarniniaki, guzy nerwów czaszkowych oraz rdzenia. Wykluczone są zabiegi diagnostyczne oraz odbarczające;
- 6) **pierwotne nadciśnienie płucne** – wzrost średniego ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 25 mmHg w spoczynku lub 35 mmHg w trakcie wysiłku stwierdzony na podstawie cewnikowania serca. Wykluczone są wszystkie wtórne postaci nadciśnienia płucnego, na przykład nadciśnienie płucne w przebiegu wad i innych chorób serca, marskości wątroby i nadciśnienia wrotnego, zakażenia HIV lub układowych chorób tkanki łącznej;
- 7) **nowotwór złośliwy** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Do nowotworów złośliwych zaliczane są również chłoniaki i białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej).  
Za nowotwór złośliwy nie są uważane:
  - a) nowotwory łagodne,
  - b) nowotwory przedinwazyjne in situ (Tis) i nieinwazyjne (w tym dysplazja szyjki macicy CIN 1-3, rak pęcherza moczowego Ta – wg klasyfikacji TNM),

- c) nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania większym lub równym pT2 (III stopień Clarka) > 0,75 mm grubości nacieku wg Breslowa,
- d) nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- Za datę ostatecznego rozpoznania nowotworu złośliwego uważa się datę wyniku przeprowadzonego badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie;
- 8) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą, lub umieszczenie przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 9) **przewlekłe zapalenie wątroby typu B – stadium schyłkowe** – przewlekłe, wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B, trwające ponad 6 (sześć) miesięcy.
- Kryteria, które muszą być spełnione łącznie:
- utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 (sześć) miesięcy,
  - stwierdzenie obecności Ag HBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
  - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczkę, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczaków naczyńiowych” na skórze;
- 10) **rodzaj poważnego zachorowania** – jedno z następujących zdarzeń dotyczących zdrowia Ubezpieczonego:
- nowotwór złośliwy,
  - zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi,
  - schyłkowa niewydolność nerek,
  - przeszczep dużych narządów,
  - utrata wzroku,
  - utrata kończyn,
  - utrata mowy,
  - ciężkie oparzenie,
  - przewlekłe zapalenie wątroby typu B – stadium schyłkowe,
  - stwardnienie rozsiane (SM),
  - łagodny guz mózgu,
  - pierwotne nadciśnienie płucne.
- Zdarzenia wymienione w ppkt b) należą do tego samego rodzaju poważnego zachorowania w ramach tego ppkt;
- 11) **schyłkowa niewydolność nerek** – chroniczne, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę nefrologa;
- 12) **stwardnienie rozsiane (SM)** – choroba centralnego układu kręgowego polegająca na wieloogniskowym uszkodzeniu osłonki mielinowej istoty białej mózgu. Rozpoznanie stwardnienia rozsianego musi być ustalone przez neurologa na podstawie wyników badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz obecności typowego zespołu objawów neurologicznych charakterystycznych dla uszkodzenia neuronu czuciowego i ruchowego. Zaburzenia neurologiczne muszą trwać co najmniej 6 (sześć) miesięcy, a w przypadku remisji konieczne jest potwierdzenie przebycia co najmniej 2 (dwóch) rzutów choroby;
- 13) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Wystąpienia Poważnego Zachorowania;
- 14) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej na skutek ostrego niedokrwienia lub krwotoku śródczaszkowego z następowym trwałym występowaniem neurologicznych objawów ubytkowych. Obecność trwałego deficytu neurologicznego musi zostać potwierdzona przez neurologa po okresie nie krótszym niż 6 (sześć) tygodni od momentu wystąpienia pierwszych objawów. Za udar mózgu nie są uważane przejściowe ataki niedokrwienne (TIA), objawy mózgowie spowodowane migreną oraz zaburzenia ukrwienia nerwu wzrokowego, a także uszkodzenia pourazowe;
- 15) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 (dwóch) kończyn:
- w zakresie kończyn górnych od poziomu stawów nadgarstkowych,
  - w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 16) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek:
- resekcji narządu mowy (krtani) lub
  - przewlekłej choroby krtani, lub
  - uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu.
- Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo, o trwałości schorzenia orzeka się po upływie 6 (sześciu) miesięcy od jego wystąpienia na podstawie odpowiednich badań specjalistycznych, potwierdzających schorzenie;
- 17) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo, o trwałości schorzenia orzeka się po upływie 6 (sześciu) miesięcy od jego wystąpienia na podstawie odpowiednich badań specjalistycznych, potwierdzających schorzenie, w tym badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę;
- 18) **zawał serca** – ostra martwica mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, rozpoznana jednoznacznie na podstawie stwierdzenia wszystkich wymienionych niżej cech zawału serca:
- typowe objawy kliniczne ostrego zawału (na przykład charakterystyczne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej);
  - nowe (niewystępujące dotychczas) zmiany elektrokardiograficzne typowe dla zawału serca;
  - charakterystyczny wzrost poziomu enzymów sercowych AspAT, AlAT, CPK, CK-MB lub wzrost poziomu troponiny T > 1,0 ng/ml lub Accu Tnl > 0,5 ng/ml.
- Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte inne postacie ostrego zespołu wieńcowych niespełniające wyżej wymienionych kryteriów.

## § 2.

Ilekróć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 3.

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:
  - Ubezpieczonego albo
  - Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Ubezpieczonego następującego rodzaju poważnego zachorowania:
  - nowotworu złośliwego,
  - zawału serca, udaru mózgu, leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, leczenia chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi,
  - schyłkowej niewydolności nerek,
  - przeszczepu dużych narządów,
  - utrąty wzroku,
  - utrąty kończyn,
  - utrąty mowy,
  - ciężkiego oparzenia,
  - przewlekłego zapalenia wątroby typu B – stadium schyłkowe,
  - stwardnienia rozsianego (SM),
  - łagodnego guza mózgu,
  - pierwotnego nadciśnienia płucnego.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które wystąpiły u Ubezpieczonego po objęciu go ochroną.

## POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 4.

- Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 3 (trzy) miesiące na zdarzenia niespodowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 OWU.
- Karencja z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego przewlekłego zapalenia wątroby typu B – stadium schyłkowe wynosi 6 (sześć) miesięcy, z zastrzeżeniem § 11 OWU.
- Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio

zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa również w stosunku do danego Ubezpieczonego z dniem:

- 1) wypłaty świadczenia – w odniesieniu do poważnego zachorowania określonego rodzaju,
- 2) 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 5.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

##### § 6.

1. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania danego rodzaju, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie, z zastrzeżeniem ust. 2-5.
2. Z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania określonego w § 1 pkt 4) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
3. W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania tego samego rodzaju.
4. Jeżeli w następstwie zdarzenia będącego podstawą wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania wystąpi drugie zdarzenie przyczynowo z nim związane i objęte ubezpieczeniem dodatkowym, to fakt ten nie może być podstawą do powtórnego roszczenia. O związku przyczynowym tych zdarzeń orzeka lekarz Towarzystwa.
5. Wypłata świadczenia z tytułu wirusowego zapalenia wątroby typu B – stadium schyłkowe wyklucza wypłatę z tytułu przeszczepu dużych narządów, jakim jest przeszczep wątroby.
6. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 3) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.
9. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach lub
  - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 5) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli poważne zachorowanie lub jednostka chorobowa, w przebiegu której doszło do wystąpie-

nia niewydolności nerek, wystąpiło u Ubezpieczonego przed objęciem go ubezpieczeniem dodatkowym.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 8.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZU03 01)

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania PZU03 01, stanowiących podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym GUF03.

### § 1.

1. W umowach ubezpieczenia zawieranych w systemie pakietowym nie mają zastosowania postanowienia § 3 ust. 1 pkt 1) oraz § 6 ust. 2.
2. Do § 6 dodaje się ust. 10 w brzmieniu:  
„W umowach ubezpieczenia zawieranych w systemie pakietowym Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w poszczególnych Tabelach Multipakietów lub Tabelach Rozmiarów Towarzystwa.”

### § 2.

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania PZU03 01 pozostają bez zmian

### § 3.

1. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 31.08.2007 r. i ma zastosowanie do wszystkich umów zawieranych w systemie pakietowym po tej dacie.
2. Niniejszy Aneks został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa Uchwałą Nr 105/Z/07 z dnia 20.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA U DZIECKA UBEZPIECZONEGO (PZD03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

1. Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:
  - 1) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała;
  - 2) **dystrofia mięśniowa** – za dystrofię mięśniową uważa się genetycznie uwarunkowaną postępującą dystrofię mięśni objawiającą się postępującym symetrycznym osłabieniem mięśni i ich zanikiem bez pierwotnego zajęcia układu nerwowego (miopatia). Dla ustalenia rozpoznania wymagane jest potwierdzenie przez badania specjalistyczne (emg, biochemiczne badanie krwi i moczu) oraz badanie specjalisty neurologa; należy wykazać, że wskutek choroby Dziecko nie jest w stanie wykonać bez pomocy 3 (trzech) lub więcej z 6 (sześciu) kryteriów samodzielności (ADL);
  - 3) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego albo dziecko w pełni bądź częściowo przez niego przysposobione, które ukończyło 3 (trzy) lata i nie ukończyło 21 (dwudziestu jeden) lat;
  - 4) **kryteria samodzielności (ADL)** – następujące czynności:
    - a) mycie: zdolność do kąpieli pod prysznicem lub w wannie (wraz z samodzielnym wejściem i wyjściem z kąpieli) lub zdolność do utrzymania higieny osobistej w inny sposób;
    - b) ubieranie się: zdolność do założenia i zdjecia wszystkich części garderoby i jeśli to konieczne protez oraz elementów zaopatrzenia rehabilitacyjnego (ortopedycznego);
    - c) spożywanie posiłków: zdolność samodzielnego spożywania uprzednio przygotowanych i dostarczonych posiłków (albo podanych posiłków);
    - d) utrzymanie higieny osobistej (kontrolowanie czynności fizjologicznych): zdolność do korzystania z toalety lub zdolność do zaspokajania potrzeb fizjologicznych za pomocą przyborów/elementów zaopatrzenia pielęgnacyjnego;
    - e) samodzielne opuszczenie łóżka: zdolność do samodzielnego wstania z łóżka lub przedostania się na wózek inwalidzki oraz samodzielnego powrotu do łóżka;
    - f) poruszanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczania się wewnątrz domu na poziomie jednej kondygnacji;
  - 5) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwa zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgowej lub opon mózgowo-rdzeniowych (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem CT lub NMR, powodująca objawy kliniczne i wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki. Ochroną nie są objęte: guzy przysadki, torbiele, ziarniaki, guzy nerwów czaszkowych oraz rdzenia. Wykluczone są zabiegi diagnostyczne oraz odbarczające;
  - 6) **schyłkowa niewydolność nerek** – chroniczne, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę nefrologa;
  - 7) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność miększu wątroby z powodu marskości. Rozpoznanie musi być potwierdzone obecnością wszystkich następujących objawów:
    - a) nadciśnienia wrotnego,
    - b) wodobrzusza,
    - c) encefalopatii,
 i wynikiem biopsji wątroby.



- Wykluczona jest niewydolność wątroby powstała wskutek nadużywania alkoholu lub leków;
- 8) **nowotwór złośliwy** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Do nowotworów złośliwych zaliczane są również chłoniaki i białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej).  
Za nowotwór złośliwy nie są uważane:
- nowotwory łagodne,
  - nowotwory przedinwazyjne in situ (Tis) i nieinwazyjne (w tym dysplazja szyjki macicy CIN 1-3, rak pęcherza moczowego Ta – wg klasyfikacji TNM),
  - nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania większym lub równym pT2 (III stopień Clarka) > 0,75 mm grubości nacieku wg Breslowa,
  - nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- Za datę ostatecznego rozpoznania nowotworu złośliwego uważa się datę wyniku przeprowadzonego badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie;
- 9) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej 2 (dwóch) kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego, powstała w przebiegu choroby lub wypadku. W ocenie nie bierze się pod uwagę niedowładów. O trwałości porażenia można orzekać na podstawie badania specjalisty neurologa po upływie 6 (sześciu) miesięcy od zajścia zdarzenia;
- 10) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, całej trzustki, szpiku kostnego, o ile Ubezpieczony jest biorcą, lub umieszczenie przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 11) **rodzaj poważnego zachorowania** – jedno z następujących zdarzeń dotyczących zdrowia Dziecka:
- nowotwór złośliwy,
  - schyłkowa niewydolność nerek,
  - zapalenie mózgu,
  - niewydolność wątroby,
  - dystrofia mięśniowa,
  - łagodny guz mózgu,
  - śpiączka,
  - paraliż,
  - przeszczep dużych narządów,
  - utrata mowy,
  - utrata kończyn,
  - utrata wzroku,
  - utrata słuchu,
  - ciężkie oparzenie,
  - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
- 12) **śpiączka** – stan nieprzytomności charakteryzujący się całkowitym brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne utrzymujący się nieprzerwanie przez okres ponad 96 (dziewięćdziesięć sześciu) godzin pomimo zastosowania aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu (wspomaganie oddychania, krążenia) i doprowadzający do trwałego, istotnego klinicznie ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza anestezjologa z OIOM.  
Wykluczona jest śpiączka powstała wskutek nadużycia alkoholu, leków, narkotyków, innych środków chemicznych lub stan śpiączki wywołany/podtrzymywany sztucznie w celach terapeutycznych;
- 13) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego;
- 14) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 (dwóch) kończyn:
- w zakresie kończyn górnych od poziomu stawów nadgarstkowych,
  - w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 15) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek:
- resekcji narządu mowy (krtani) lub
  - przewlekłej choroby krtani, lub
  - uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu.
- Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo o trwałości schorzenia orzeka się po upływie 6 (sześciu) miesięcy od jego wystąpienia na podstawie odpowiednich badań specjalistycznych potwierdzających schorzenie;
- 16) **utrata słuchu** – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 (sześciu) miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym;
- 17) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji w obu oczach) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo, o trwałości schorzenia orzeka się po upływie 6 (sześciu) miesięcy od jego wystąpienia na podstawie odpowiednich badań specjalistycznych, potwierdzających schorzenie, w tym badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę;
- 18) **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, mózdzku, pnia mózgu) spowodowane infekcją, powodujące znaczące i trwałe następstwa neurologiczne, utrzymujące się przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa; należy wykazać, że Dziecko nie jest w stanie wykonać 3 (trzech) lub więcej z 6 (sześciu) kryteriów samodzielności (ADL) wskutek następstw przebytego zapalenia mózgu. Wykluczone jest zapalenie mózgu ze współistniejącą infekcją HIV;
- 19) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – bakteryjne lub wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych będące przyczyną znaczącego trwałego ubytku neurologicznego trwającego co najmniej 3 (trzy) miesiące. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa po upływie 3 (trzech) miesięcy od zakończenia leczenia, stwierdzającym istnienie istotnego ubytku neurologicznego o trwałym charakterze; należy wykazać, że Dziecko nie jest w stanie wykonać 3 (trzech) lub więcej z 6 (sześciu) kryteriów samodzielności (ADL);
2. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, przyjmuje się datę:
- rozpoznanie choroby – w przypadku choroby,
  - przeprowadzenia zabiegu – w przypadku zabiegu,
  - wypadku – w przypadku poważnego zachorowania będącego następstwem wypadku,
  - przeprowadzenia zabiegu lub umieszczenia na liście biorców, w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza – w przypadku przeszczepu dużych narządów.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 2.

- Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Dziecka następującego rodzaju poważnego zachorowania:
  - nowotworu złośliwego,
  - schyłkowej niewydolności nerek,
  - zapalenia mózgu,
  - niewydolności wątroby,
  - dystrofii mięśniowej,
  - łagodnego guza mózgu,
  - śpiączki,
  - paraliżu,
  - przeszczepu dużych narządów,
  - utrąty mowy,
  - utrąty kończyn,
  - utrąty wzroku,
  - utrąty słuchu,
  - ciężkiego oparzenia,
  - zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które wystąpiły u Dziecka Ubezpieczonego po objęciu go ochroną.

## POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 3.

- Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 3 (trzy) miesiące na zdarzenia niespodowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU.

2. Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem:
  - 1) wypłaty świadczenia – w odniesieniu do poważnego zachorowania określonego rodzaju,
  - 2) 21. (dwudziestych pierwszych) urodzin Dziecka – w odniesieniu do danego Dziecka.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

##### § 5.

1. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego Towarzystwo, z zastrzeżeniem ust. 2, wypłaci Ubezpieczonemu:
  - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli wypłata świadczenia dokonywana jest po raz pierwszy z tytułu wystąpienia u Dziecka któregośkolwiek z rodzajów poważnego zachorowania,
  - 2) 50% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli wypłata świadczenia z tytułu wystąpienia u Dziecka któregośkolwiek z rodzajów poważnego zachorowania dokonywana jest po raz kolejny, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania tego samego rodzaju.
3. Jeżeli w następstwie zdarzenia, będącego podstawą wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, wystąpi drugie zdarzenie przyczynowo z nim związane i objęte ubezpieczeniem dodatkowym, to fakt ten nie może być podstawą do powtórnego roszczenia. O związku przyczynowym tych zdarzeń orzeka lekarz Towarzystwa.
4. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego z dnia zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa i dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 3) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) pozostawania Dziecka pod wpływem leków nieprzepisanych przez lekarza lub
  - 2) działania Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 3) poddania się przez Dziecko zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza, lub
  - 4) okaleczenia Dziecka na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 5) czynnego udziału Dziecka w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej, lub

- 7) udziału Dziecka w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, lub
  - 8) choroby AIDS u Dziecka lub jego zakażenia wirusem HIV.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli poważne zachorowanie lub jednostka chorobowa, w przebiegu której doszło do wystąpienia niewydolności nerek, wystąpiło u Dziecka Ubezpieczonego przed objęciem go ubezpieczeniem dodatkowym.
  3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Dziecko Ubezpieczonego pojazdu:
    - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
    - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 7.

1. W kwestiach nieregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 1 DO GÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA U DZIECKA UBEZPIECZONEGO (PZD03 01)

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego PZD03 01, stanowiących podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym GUF03.

### § 1.

1. W umowach ubezpieczenia zawieranych w systemie pakietowym nie mają zastosowania postanowienia § 5 ust.1.
2. Do § 5 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:  
„W umowach ubezpieczenia zawieranych w systemie pakietowym Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w poszczególnych Tabelach Multipakietów”.

### § 2.

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego PZD03 01 pozostają bez zmian.

### § 3.

1. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 31.08.2007 r. i ma zastosowanie do wszystkich umów zawieranych w systemie pakietowym po tej dacie.
2. Niniejszy Aneks został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa Uchwałą Nr 105/Z/07 z dnia 20.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszzyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA SZPITALNEGO (SZP03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Szpitalnego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża, którą lekarz uzna za ryzykowną; podstawą do zaliczenia ciąży do grupy wysokiego ryzyka jest zaświadczenie lekarskie lub wpis w karcie ciąży;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – w zależności od rodzaju zdarzenia za dzień zajścia zdarzenia przyjmuje się: datę rozpoczęcia hospitalizacji (dla zdarzeń: hospitalizacja, rekonwalescencja) albo datę zakończenia operacji, albo datę rozpoczęcia pobytu na OIOM, albo datę zatwierdzenia przez uprawniony organ skierowania do sanatorium;
- 3) **hospitalizacja** – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany chorobą lub wypadkiem;
- 4) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej opieki i stałego nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający dostosowanie intensywnej terapii do dynamicznie zmieniającego się stanu chorych; za OIOM uważa się także Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK);
- 5) **operacja** – zabieg chirurgiczny z przecięciem powłok w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym przeprowadzony przez uprawnionego lekarza. Z zakresu niniejszej definicji wyłączone są zabiegi endowaskularne i endoskopowe z wyjątkiem: artroskopii, laparoskopii, torakoskopii. Za operacje uważane są ponadto zabiegi okulistyczne przeprowadzane w znieczuleniu miejscowym;
- 6) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, która trwała co najmniej 15 (piętnaście) dni;
- 7) **sanatorium** – działający zgodnie z 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;
- 8) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. Za szpital uważa się ponadto szpital uzdrowskowy pod warunkiem istnienia całodobowej opieki lekarskiej. W rozumieniu niniejszych warunków za szpital nie uważa się: domu opieki, hospicjum, jednostek ratownictwa medycznego oraz szpitala psychiatrycznego, placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ani oddziału dziennego;
- 9) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Szpitalne.

#### § 2.

Ileokroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:
  - 1) Ubezpieczonego albo
  - 2) Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego.

2. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym objęta jest hospitalizacja powstała w następstwie:
  - 1) wypadku albo
  - 2) wypadku lub choroby, albo
  - 3) wypadku lub choroby lub ciąży wysokiego ryzyka.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w ust. 2 może zostać rozszerzony, według wyboru, o wymienione poniżej zdarzenia:
  - 1) operacja,
  - 2) pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM),
  - 3) rekonwalescencja,
  - 4) pobyt w sanatorium.
4. Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ubezpieczenia, wybierając od 1 (jednego) do 4 (czterech) zdarzeń, o których mowa w ust. 3.
5. Hospitalizacja objęta jest ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że rozpoczęła się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i z zastrzeżeniem § 4 ust. 1, z tym, że hospitalizacja spowodowana wypadkiem jest objęta ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że wypadek będący przyczyną hospitalizacji nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
6. Rekonwalescencja objęta jest ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszła w związku z hospitalizacją objętą ochroną ubezpieczeniową i z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
7. Operacja lub pobyt na OIOM objęte są ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszły w trakcie trwania hospitalizacji objętej ochroną ubezpieczeniową i z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
8. Pobyt w sanatorium objęty jest ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że data zatwierdzenia skierowania do sanatorium przypada w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
9. Począwszy od dnia 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, przysługują jedynie świadczenia przewidziane w ramach ochrony ubezpieczeniowej powstałe wyłącznie w następstwie wypadku.

#### POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 4.

1. Karencja z tytułu zdarzeń wymienionych w § 3 ust. 2 i 3 pkt 1)-3) wynosi 90 (dziewięćdziesiąt) dni na zdarzenia niespodowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU.
2. Karencja z tytułu zdarzenia wymienionego w § 3 ust. 3 pkt 4) wynosi 90 (dziewięćdziesiąt) dni, z zastrzeżeniem § 11 OWU.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 5.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego ze zdarzeń.
2. Wysokość składki z tytułu ubezpieczenia dodatkowego ustalana jest z uwzględnieniem zakresu oraz wariantu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

##### § 6.

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszego ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dla danego zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Wysokość świadczenia z tytułu hospitalizacji stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i dni hospitalizacji. Świadczenie z tytułu hospitalizacji przysługuje maksymalnie za okres 90 (dziewięćdziesięciu) dni w każdym rocznym okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 1).
3. W ramach ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo gwarantuje świadczenia z tytułu zdarzeń określonych w § 3 ust. 2 i 3 na następujących zasadach:
  - 1) świadczenie z tytułu hospitalizacji, które przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 5 (pięć) dni. Jeżeli hospitalizacja jest następstwem wypadku, wówczas świadczenie przysługuje pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 1 (jeden) dzień; świadczenie z tytułu hospitalizacji

wypłacane jest w formie stawki dziennej za każdy dzień hospitalizacji;

- 2) świadczenie z tytułu operacji, które przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli nabył on prawo do świadczenia z tytułu hospitalizacji i został poddany jakiegokolwiek operacji – nie więcej niż 3 (trzy) razy w każdym rocznym okresie ubezpieczenia;
  - 3) świadczenie z tytułu pobytu na OIOM, które przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli nabył prawo do świadczenia z tytułu hospitalizacji i jego hospitalizacja rozpoczęła się od pobytu na OIOM – nie więcej niż 3 (trzy) razy w każdym rocznym okresie ubezpieczenia;
  - 4) świadczenie z tytułu rekonwalescencji, które przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli hospitalizacja trwała nieprzerwanie co najmniej 15 (piętnaście) dni – nie więcej niż 3 (trzy) razy w każdym rocznym okresie ubezpieczenia. Świadczenie to nie przysługuje w przypadku zgonu Ubezpieczonego w trakcie hospitalizacji;
  - 5) świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium, które przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w sanatorium przypada w okresie ochrony ubezpieczeniowej – nie więcej niż 1 (jeden) raz w każdym rocznym okresie ubezpieczenia.
4. Jeżeli przyczyną hospitalizacji Ubezpieczonego były jednocześnie wypadek lub choroba lub ciąża wysokiego ryzyka, to świadczenie z tytułu hospitalizacji wypłacane jest z tytułu tej przyczyny, dla której wysokość świadczenia jest najwyższa.

#### WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

##### § 7.

1. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa, dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego – w przypadku świadczeń z tytułu: hospitalizacji, operacji lub rekonwalescencji,
  - 2) karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu) – w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM,
  - 3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego, protokołu powypadkowego lub informacji o wypadku (z opisem zdarzenia) – w przypadku świadczeń z tytułu: hospitalizacji, rekonwalescencji operacji lub OIOM będących następstwem wypadku,
  - 4) skierowania wydanego przez uprawnionego lekarza, potwierdzonego przez uprawniony organ – w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium,
  - 5) karty informacyjnej leczenia szpitalnego oraz zaświadczenia od lekarza prowadzącego o przebiegu ciąży – w przypadku hospitalizacji spowodowanej ciążą wysokiego ryzyka; warunkiem otrzymania świadczenia jest uznanie ciąży przez lekarza za ciążę wysokiego ryzyka.
3. W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 2, nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, Towarzystwo może uzależnić ustalenie zasadności świadczenia od otrzymania innej dokumentacji.
4. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 8.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych, lub
  - 5) klęsk żywiołowych lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej, lub
  - 6) wad wrodzonych lub schorzeń Ubezpieczonego związanych z wadami wrodzonymi, lub

- 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 8) zatrucie Ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych leków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza, lub
  - 9) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, lub
  - 10) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 11) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, której poddał się Ubezpieczony, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub
  - 12) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu, lub
  - 13) ciąży, porodu, poronienia sztucznego lub samoistnego, cesarskiego cięcia, z wyjątkiem ciąży wysokiego ryzyka, jeżeli w stosunku do danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową objęta jest hospitalizacja z tytułu ciąży wysokiego ryzyka, lub
  - 14) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień, lub
  - 15) choroby Ubezpieczonego związanej z zakażeniem się wirusem HIV, lub
  - 16) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
- 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 9.


1. W kwestiach nieregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Szpitalnego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNYCH (OPE03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

##### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zakończenia przeprowadzenia operacji;
- 2) **kategoria operacji (kategoria)** – typ operacji opisany literą A lub B, lub C w Tabeli Operacji, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych warunków ubezpieczenia;
- 3) **operacja chirurgiczna (operacja)** – zabieg chirurgiczny wykonany w warunkach szpitalnych, wyszczególniony w Tabeli Operacji, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych warunków;
- 4) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. Za szpital uważa się ponadto szpital uzdrowiskowy pod warunkiem istnienia całodobowej opieki lekarskiej. W rozumieniu niniejszych warunków za szpital nie uważa się: domu opieki, hospicjum jednostek ratownictwa medycznego oraz szpitala psychiatrycznego, placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ani oddziału dziennego;
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Operacji Chirurgicznych.

##### § 2.

Ileokroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

#### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 3.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:
  - 1) Ubezpieczonego albo
  - 2) Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wykonanie u Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego operacji chirurgicznej wymienionej w Tabeli Operacji, z zastrzeżeniem § 4.
3. Począwszy od dnia 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, przysługują jedynie świadczenia przewidziane w ramach ochrony ubezpieczeniowej powstałe w następstwie wypadku.

#### POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 4.

Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 3 (trzy) miesiące na zdarzenia niespodziewane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 5.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdej kategorii.

2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

##### § 6.

1. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie i kategorii.
2. W ramach ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo gwarantuje świadczenia na następujących zasadach:
  - 1) wysokość świadczenia zależy od kategorii operacji określonej w Tabeli Operacji;
  - 2) w każdym okresie ochrony trwającym kolejne 30 (trzydzieści) dni Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie;
  - 3) jeżeli Ubezpieczony w okresie kolejnych 30 (trzydziestu) dni poddany został kilku operacjom, to świadczenie wypłacane jest z tytułu tej operacji wykonanej u Ubezpieczonego, dla której wysokość świadczenia określona na podstawie Tabeli Operacji jest najwyższa.
3. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje określoną w umowie dla danej kategorii sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
  - 2) protokołu powypadkowego lub informacji o wypadku (z opisem zdarzenia), w przypadku operacji w następstwie wypadku,
  - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych, lub
  - 5) klęsk żywiołowych lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej, lub
  - 6) wad wrodzonych lub schorzeń Ubezpieczonego związanych z wadami wrodzonymi, lub
  - 7) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 8) zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożywaniem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza, lub
  - 9) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, lub
  - 10) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 11) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, której poddał się Ubezpieczony z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub
  - 12) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu, lub
  - 13) ciąży, porodu, poronienia sztucznego lub samoistnego, cesarskiego cięcia, lub
  - 14) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień, lub

- 15) choroby Ubezpieczonego związanej z zakażeniem się wirusem HIV, lub
- 16) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 8.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych OPE03 01

### Układ nerwowy

#### Centralny układ nerwowy

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Trepanacja lub usunięcie kości czaszki, w tym odbarczenie przestrzeni wewnątrzczaszkowej	A
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	C
Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	C
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	B
Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
Wentrykulostomia	B
Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
Wewnątrzczaszkowe operacje na nerwach czaszkowych	B
Zewnątrzczaszkowe operacje na nerwach czaszkowych	A
Usunięcie zmiany ograniczonej opony mózgu/rekonstrukcja opony twardej	B
Drenaż przestrzeni zewnątrz- i podoponowej	B

#### Obwodowy układ nerwowy

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	C
Operacja korzeni nerwu rdzeniowego	C
Zabiegi na nerwach obwodowych	A
Sympatektomia szyjna	A

#### Narząd wzroku

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Usunięcie gałki ocznej	A
Operacje oczodołu	A
Protezowanie gałki ocznej	A
Operacje dotyczące powiek i/lub gruczołu łzowego	A

Operacje na mięśniach okoruchowych	A
Operacje spojówek	A
Operacje na rogówce i/lub twardówce	A
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	B
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki – fotokoagulacja (koagulacja laserowa)	A
Zniszczenie zmiany siatkówki	A
Zabiegi na tęczówce i/lub ciele rzęskowym	A
Zabiegi na soczewce (operacja zaćmy)	A
Operacja ciała szklanego	A
Operacja jaskry	A

### Narząd słuchu

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Otwarcie wyrostka sutkowatego	A
Zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	A
Zabiegi w obrębie ucha środkowego	A
Zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	B
Operacje ślimaka	C
Operacje aparatu przedsionkowego	C

### Układ oddechowy

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Operacje nosa	A
Operacje zatok	A
Wycięcie gardła	C
Operacja naprawcza gardła	B
Wycięcie krtani	C
Częściowe wycięcie tchawicy	B
Plastyka tchawicy	B
Protezowanie tchawicy metodą otwartą	B
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	A
Otwarta operacja ostrogi tchawicy	B
Częściowe usunięcie oskrzela	B



Przeszczep płuca	C
Wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	C
Operacja odmy jamy opłucnej	A
Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	B
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe dolnych dróg oddechowych i śródpiersia	A

## Układ pokarmowy

### Jama ustna

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Operacje warg	A
Wycięcie języka	B
Częściowe wycięcie języka	A
Wycięcie zmiany na języku	A
Operacje podniebienia	A
Wycięcie migdałków	A
Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	A
Operacje ślinianek/przewodów ślinowych	A

### Górny odcinek przewodu pokarmowego

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Wycięcie przełyku i żołądka	C
Całkowite wycięcie przełyku	C
Częściowe wycięcie przełyku	B
Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	B
Zespolenie omijające przełyku	C
Operacje naprawcze przełyku	B
Wytworzenie protezy przełykowej	A
Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	B
Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	B
Zabiegi lecznicze na przełyku metodą endoskopową	A
Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	A
Operacje antyrefluksowe	A

Całkowite wycięcie żołądka	C
Częściowe wycięcie żołądka	B
Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	A
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	B
Zespolenie żołądkowo-czce	B
Gastrostomia	B
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	B
Pyloromyotomia (przecięcie odźwiernika)	B

### Dolny odcinek przewodu pokarmowego

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Operacje na jelicie czczym lub/i krętym	B
Wycięcie wyrostka robaczkowego/uchyłka Meckela ze wskazań nagłych	A
Wycięcie odbytnicy/odbytu bez wytworzenia sztucznego odbytu (stomii)	B
Wycięcie odbytnicy/odbytu z wytworzeniem sztucznego odbytu (stomii)	C
Inne operacje na odbytnicy	A
Inne operacje odbytu	A
Całkowite wycięcie okrężnicy	C
Częściowe wycięcie okrężnicy bez/z wytworzeniem sztucznego odbytu	B
Operacje endoskopowe jelita grubego	A
Przeszczep wątroby	C
Częściowe wycięcie wątroby/usunięcie zmiany wątroby	B
Nacięcie wątroby	A
Operacje pęcherzyka żółciowego	A
Operacje zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych	A
Operacje wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych	C
Całkowite wycięcie trzustki/wycięcie dużej części trzustki (głowa,trzon,ogon)	C
Przeszczep trzustki	C
Usunięcie zmiany trzustki	B
Operacja trzustki z powodu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki	C
Całkowite wycięcie śledziony	A
Laparoskopowe operacje pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	A

---

**Układ sercowo-naczyniowy**


---

**Serce**

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Przeszczep płuc i serca	C
Operacje na otwartym sercu	C
Plastyka przedsionka serca	C
Pomostowanie tętnic wieńcowych	C
Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	C
Wszczepianie systemu wspomaganie serca (rozsusznik)	A
Wycięcie osierdzia	B
Inne operacje osierdzia	A
Przeškórna angioplastyka wieńcowa	A

---

**Naczynia**


---

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Operacje dużych naczyń: nerkowych, biodrowych, udowych, szyjnych – rekonstrukcje	C
Operacja tętniaka tętnicy mózgu	C
Operacje dużych naczyń tętnicznych i żylnych (m.in. aorty, tętnicy płucnej, tętnicy podobojczykowej)	C
Wrodzone wady tętnicy	A
Operacja żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	C
Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	A
Operacja żyłaków kończyny dolnej	A
Amputacja kończyny dolnej na podłożu niedokrwienia	A

---

**Układ moczowo-płciowy**


---

**Układ moczowy**

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Przeszczep nerki	B
Całkowite wycięcie nerki	B
Częściowe wycięcie nerki (usunięcie zmiany nerki)	A
Nacięcie nerki i drenaż okolicy nerki	A

Operacje moczowodu	B
Operacja w zakresie ujścia moczowodu	A
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	C
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	B
Inne zabiegi na pęcherzu (plastyka ujścia pęcherza)	A
Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	A
Wycięcie prostaty metodą otwartą	A
Wycięcie cewki moczowej	A
Inne zabiegi na cewce moczowej	A
Powiększenie pęcherza	A
Terapeutyczne zabiegi w obrębie układu moczowego i prostaty metodą endoskopową	A

### Narządy płciowe męskie

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Plastyka/usunięcie moszny	A
Obustronne wycięcie jąder	A
Całkowite, częściowe usunięcie jądra	A
Obustronne sprowadzenie jąder	A
Inne operacje jąder/najądrzy	A
Operacje nasieniowodu, pęcherzyków nasiennych i/lub powrózka nasiennego	A
Całkowita/częściowa amputacja prącia	A
Operacja napletka	A

### Narządy płciowe żeńskie

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Wycięcie sromu	A
Inne operacje sromu	A
Operacje pochwy	A
Wycięcie szyjki macicy	A
Całkowite wycięcie macicy	B
Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	C
Całkowite, obustronne wycięcie przydatków macicy	B

Całkowite, jednostronne wycięcie przydatków macicy	B
Operacje w obrębie zatoki Douglasa	A

---

### Skóra

---

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Przeszczep w obrębie twarzy lub szyi	A
Przeszczep w obrębie innej okolicy	A
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	A

---

### Tkanki miękkie

---

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	A
Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
Wycięcie zatoki włosowej	A
Operacja przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej bez niedrożności	A
Operacja przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej z niedrożnością, bez resekcji jelita	A
Operacja przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej z niedrożnością, z resekcją jelita	B
Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	A
Operacja dotycząca sieci lub/i krezki	A
Operacje ściągien	A
Operacje mięśni	A
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	A
Operacja przewodu limfatycznego	B

---

### Układ kostny

---

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Operacja naprawcza czaszki	B
Wycięcie kości twarzy	C
Nastawienie złamania kości twarzy metodą otwartą (nie obejmuje złamania kości nosa)	B
Wycięcie żuchwy	B

Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	B
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy	C
Inne operacje kręgosłupa	A
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	B
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	A
Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	C
Odbarczenie/unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
Całkowite/częściowe wycięcie kości	C
Nastawienia złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną lub zewnętrzną	B
Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	A
Endoprotezoplastyka stawów	C
Operacyjne nastawienie urazowego zwknięcia stawu	B
Operacje przerowadzane metodą artroskopową	A

#### Inne operacje

Rodzaj operacji	Kategoria operacji
Reimplantacja narządu	C
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	B
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	C
Amputacja palucha	A
Amputacja palców	A
Całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	C

Niniejszy Załącznik został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu

  
Sławomir Waleryś

Członek Zarządu

  
Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NPD03 02)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od przyczyny powstania niezdolności do pracy, przyjmuje się datę:
  - a) rozpoznania choroby - w przypadku choroby,
  - b) wypadku - w przypadku wypadku;
- 2) **decyzja ZUS** – pierwsza wydana przez ZUS decyzja o przyznaniu renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, choćby nieprawomocna;
- 3) **niezdolność do pracy** – całkowita utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego, potwierdzona decyzją ZUS o przyznaniu renty;
- 4) **niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie** – całkowita utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego, potwierdzona orzeczeniem ZUS o przyznaniu renty szkoleniowej;
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Niezdolności do Pracy;
- 6) **ZUS** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest według wyboru w następujących wariantach obejmujących:
  - 1) wariant 1 – całkowitą niezdolność do pracy orzeczoną bezterminowo (renta bezterminowa) lub
  - 2) wariant 2 – całkowitą niezdolność do pracy orzeczoną na czas określony dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy (renta okresowa), lub
  - 3) wariant 3 – całkowitą niezdolność do pracy orzeczoną na czas określony na okres 12 (dwunastu) miesięcy (renta okresowa), lub
  - 4) wariant 4 – niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie (renta szkoleniowa).
2. Ubezpieczający może wybrać od 1 (jednego) do 4 (czterech) wariantów.
3. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy stwierdzonej przez Towarzystwo na podstawie decyzji ZUS o przyznaniu renty określonej w wybranym wariantcie, jeżeli niezdolność do pracy powstała w następstwie choroby albo wypadku, o ile dzień zajścia zdarzenia przypada w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
4. Od dnia 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową jest wyłącznie wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy powstałej w następstwie wypadku.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 6 (sześć) miesięcy na zdarzenia niespowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU.
2. Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu któregośkolwiek wariantu ubezpieczenia dodatkowego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie.
2. Do obliczania wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje określoną w umowie dla danego wariantu sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną
3. Świadczenie związane z przyznaniem renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu tylko raz w ciągu trwania ubezpieczenia dodatkowego.
4. Towarzystwo przyznaje świadczenie na podstawie pierwszej decyzji ZUS wydanej po złożeniu przez Ubezpieczonego wniosku do ZUS o przyznanie renty, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) pierwszej decyzji ZUS,
  - 2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego na formularzu Towarzystwa przez lekarza orzecznika Towarzystwa,
  - 4) dokumentacji umożliwiającej ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy,
  - 5) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 6) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed powołaną przez Towarzystwo komisją lekarską, w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli komisja lekarska:
  - 1) nie potwierdzi orzeczenia o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy albo całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w dotychczasowym zawodzie lub
  - 2) wykluczy możliwość powstania przyczyny niezdolności do pracy w czasie, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia dodatkowego, lub
  - 3) wykluczy wypadek, jako przyczynę powstania niezdolności do pracy w sytuacji, gdy ochroną ubezpieczeniową objęte było wyłącznie wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy powstałej w następstwie wypadku. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.
7. Wniosek o przyznanie świadczenia, wraz z pierwszą decyzją ZUS, Ubezpieczony może złożyć nie później niż w ciągu 3 (trzech) lat od dnia wygaśnięcia w stosunku do niego ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Po tym terminie prawo do świadczenia nie przysługuje.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 4) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub

- 6) wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień, lub
  - 7) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
    - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
    - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Ochrona z tytułu Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy nie może być udzielana łącznie z ochroną z tytułu Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku.
3. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 15/Z/08 z dnia 19.02.2008 r. i wchodzi w życie z dniem 01.04.2008 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE WYPADKU (NPW03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

##### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wypadku, który był przyczyną powstania niezdolności do pracy;
- 2) **niezdolność do pracy** – całkowita utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku.

#### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 2.

1. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwającej co najmniej 12 (dwanaście) miesięcy w następstwie wypadku, który nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Zdarzenie, o którym mowa w ust. 1, jest objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że zaszło nie później niż 6 (sześć) miesięcy od dnia zajścia wypadku.

#### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 3.

Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

#### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

##### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

##### § 5.

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 2) orzeczenia lekarskiego wydanego na formularzu Towarzystwa przez lekarza orzecznika Towarzystwa,
  - 3) dokumentacji umożliwiającej ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.



**WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA****§ 6.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§ 7.**

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze warunki ogólne nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE WYPADKU ALBO WYPADKU PRZY PRACY (CNP03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku albo Wypadku przy Pracy stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

**POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1.**

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania przez Ubezpieczonego pracy u Ubezpieczającego, spowodowana wypadkiem albo wypadkiem przy pracy i potwierdzona zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data wypadku albo wypadku przy pracy, który był przyczyną czasowej niezdolności do pracy;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Czasowej Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku albo Wypadku przy Pracy;
- 4) **wypadek przy pracy** – wypadek przy pracy w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia, który nastąpił w związku ze świadczeniem pracy u Ubezpieczającego.

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ****§ 2.**

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:
  - 1) wariant 1 – czasową niezdolność do pracy w następstwie wypadku albo
  - 2) wariant 2 – czasową niezdolność do pracy w następstwie wypadku przy pracy.
2. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie wypadku albo w następstwie wypadku przy pracy.
3. Wypadek albo wypadek przy pracy i czasowa niezdolność do pracy spowodowana tym wypadkiem muszą nastąpić w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

**SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA****§ 3.**

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

**WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ****§ 4.**

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy w następstwie wypadku albo wypadku przy pracy Towarzystwo, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, wypłaci Ubezpieczonemu jedno, wyższe świadczenie w wysokości:
  - a) 2% sumy ubezpieczenia, jeśli okres czasowej niezdolności wynosi od 3 (trzech) do 16 (szesnastu) dni albo
  - b) 4% sumy ubezpieczenia, jeśli okres niezdolności wynosi od 17 (siedemnastu) do 30 (trzydziestu) dni albo
  - c) 8% sumy ubezpieczenia, jeśli okres niezdolności wynosi ponad 30 (trzydzieści) dni.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. W przypadku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu

czasowej niezdolności do pracy, a następnie nabycia przez Ubezpieczonego prawa do świadczenia w wyższej wysokości w związku z tą samą czasową niezdolnością do pracy, Towarzystwo pomniejsza wysokość świadczenia o świadczenie już wypłacone.

4. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego przysługuje, jeżeli czasowa niezdolność do pracy wskutek wypadku albo wypadku przy pracy trwała nieprzerwanie co najmniej 3 (trzy) dni.
5. Świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego przysługuje za okres nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy w następstwie wypadku albo wypadku przy pracy, z tym, że za okres nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy nieobjęty zaświadczeniem lekarskim świadczenie nie przysługuje. Za przerwę w okresie czasowej niezdolności do pracy uważa się okres nieobjęty zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy trwający co najmniej 4 (cztery) dni. Za kolejne okresy czasowej niezdolności do pracy związanej przyczynowo z tym samym wypadkiem albo wypadkiem przy pracy przypadające po przerwie świadczenie nie przysługuje.
6. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) protokołu powypadkowego,
  - 2) poświadczonej przez Ubezpieczającego kopii zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, zaświadczenia lekarskiego zawierającego wskazanie okresu czasowej niezdolności do pracy i rozpoznanie,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 5.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
  - 3) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, lub
  - 6) udziału Ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli:
  - 1) wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było udowodnione przez Ubezpieczającego naruszenie przez Ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, lub
  - 2) Ubezpieczony, po spożyciu alkoholu, przyczynił się – poprzez działanie lub zaniechanie – w znacznym stopniu do wypadku przy pracy.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu:
  - 1) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub
  - 2) niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### § 6.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.

2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy w Następstwie Wypadku albo Wypadku przy Pracy zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZAKAŻENIA WIRUSEM HIV W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (HIVP03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Wypadku przy Pracy stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wypadku przy pracy, w następstwie którego nastąpiło zakażenie wirusem HIV;
- 2) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Wypadku przy Pracy;
- 3) **wypadek przy pracy** – wypadek przy pracy w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia, który nastąpił w związku ze świadczeniem pracy u Ubezpieczającego;
- 4) **zakażenie wirusem HIV** – zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub potwierdzenie choroby AIDS (Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności Immunologicznej) powstałe w następstwie wypadku przy pracy.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem:

- 1) wypłaty świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy,
- 2) 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

#### § 5.

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) wyników testu na obecność wirusa HIV w organizmie, wykonanego przez Ubezpieczonego w ciągu 5 (pięciu) dni od dnia zajścia zdarzenia objętego ochroną,
  - 2) wyników powtórnego testu na obecność wirusa HIV w organizmie, wykonanego przez Ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch tygodni 4 (czwartego) miesiąca od dnia zajścia zdarzenia objętego ochroną,

- 3) kopii dokumentacji potwierdzającej fakt zgłoszenia przez Ubezpieczonego podejrzenia o zakażenie wirusem HIV w trakcie zdarzenia zakwalifikowanego jako wypadek przy pracy,
  - 4) protokołu powypadkowego, sporządzonego przez komisję powypadkową, jednoznacznie stwierdzającego związek zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV ze zdarzeniem uznany za wypadek przy pracy,
  - 5) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Po otrzymaniu kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji ponosi Towarzystwo.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
  - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, z wyjątkiem wypadków związanych z wykonywaniem czynności zawodowych, lub
  - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
  - 4) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomością w inny sposób, lub
  - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli:
  - a) test na obecność wirusa HIV w organizmie, o którym mowa w § 5 ust. 3 pkt 1), miał wynik dodatni lub
  - b) test na obecność wirusa HIV w organizmie, o którym mowa w § 5 ust. 3 pkt 2), miał wynik ujemny, lub
  - c) wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było udowodnione naruszenie przez Ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie albo wskutek rażącego niedbalstwa, lub
  - d) Ubezpieczony po spożyciu alkoholu przyczynił się – poprzez działanie lub zaniechanie – w znacznym stopniu do wypadku przy pracy.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Wypadku przy Pracy zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZAKAŻENIA WIRUSEM HIV W NASTĘPSTWIE TRANSFUZJI KRWI (HIVT03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Transfuzji Krwi stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data przeprowadzenia transfuzji krwi, w następstwie której nastąpiło zakażenie wirusem HIV;
- 2) **transfuzja krwi** – zabieg polegający na przetaczaniu krwi lub jej składników;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zakażenia Wirusem HIV w Następstwie Transfuzji Krwi;
- 4) **zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi** – zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub potwierdzenie choroby AIDS (Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności Immunologicznej) powstałe w następstwie transfuzji krwi wykonanej na zlecenie lekarza u osoby, która nie choruje na hemofilię.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest wystąpienie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Karencja z tytułu zakażenia wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi wynosi 3 (trzy) miesiące na zdarzenia niespowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU.
2. Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego również z dniem:
  - 1) wypłaty świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi,
  - 2) 65. (sześćdziesiątych piątych) urodzin Ubezpieczonego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku zakażenia wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) wyników testu na obecność wirusa HIV w organizmie Ubezpieczonego,
  - 2) kopii dokumentacji medycznej, potwierdzającej fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi,

- 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
- 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Po otrzymaniu wyników testu oraz kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed komisją lekarską, w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji ponosi Towarzystwo.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli transfuzja krwi, w następstwie której nastąpiło zakażenie, była skutkiem:

- 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, z wyjątkiem wypadków związanych z wykonywaniem czynności zawodowych, lub
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
- 4) okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę lub wywołanego świadomie w inny sposób, lub
- 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych, leków, po których nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze warunki ogólne nie stanowią inaczej.
2. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zakażenia Wirusem HIV zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OSIEROCENIA DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO (ODZ03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego albo dziecko w pełni bądź częściowo przez niego przysposobione, które:
  - a) nie ukończyło 25. (dwudziestego piątego) roku życia albo
  - b) jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej, w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego, bez względu na wiek;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie Dziecka, który nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem 25. (dwudziestych piątych) urodzin Dziecka Ubezpieczonego w odniesieniu do danego Dziecka, o ile nie pozostaje ono trwale niezdolne do pracy zarobkowej w rozumieniu prawa powszechnie obowiązującego.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia na mocy niniejszych warunków jest każde Dziecko Ubezpieczonego.
3. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) skróconego odpisu aktu urodzenia Dziecka,
  - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

Od odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:

- 1) działań wojennych, katastrofy nuklearnej lub
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub rozruchach, lub
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, lub
- 4) samobójstwa Ubezpieczonego przed upływem 2 (dwóch) lat od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia grupowego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 7.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA URODZENIA SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU (UDZ03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu;
- 2) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu;
- 3) **urodzenie Dziecka** – urodzenie żywe albo martwe, potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez Urząd Stanu Cywilnego.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest według wyboru w następujących wariantach obejmujących:
  - 1) wariant 1 – urodzenie się żywego Dziecka Ubezpieczonemu lub
  - 2) wariant 2 – urodzenie się martwego Dziecka Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczający może wybrać 1 (jeden) lub 2 (dwa) warianty.
3. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest urodzenie się Ubezpieczonemu żywego albo martwego Dziecka, które wystąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

### POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 10 (dziesięć) miesięcy.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie za każde urodzenie się Dziecka.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje określoną w umowie dla danego wariantu sumę ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, obowiązującą dla danego Ubezpieczonemu w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu urodzenia Dziecka Ubezpieczonemu,
  - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 3) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 6.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.

2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA URODZENIA SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ (UDW03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, które nie ukończyło pierwszego roku życia;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data urodzenia się Dziecka z wadą wrodzoną;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną;
- 4) **urodzenie się Dziecka** – urodzenie żywe potwierdzone aktem urodzenia Urzędu Stanu Cywilnego;
- 5) **wada wrodzona Dziecka** – powstała w okresie zarodkowym lub płodowym i stwierdzona w ciągu pierwszego roku życia Dziecka, jedna lub więcej z następujących chorób/wad Dziecka Ubezpieczonego:
  - a) całkowita ślepota jedno- lub obustronna,
  - b) całkowita głuchota jedno- lub obustronna,
  - c) rozszczep wargi i podniebienia,
  - d) wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego,
  - e) stopy szpotawe,
  - f) porażenie kończyny lub kończyn,
  - g) agenezja kończyny lub kończyn,
  - h) fenyloketonuria,
  - i) galaktozemia,
  - j) ubytek przegrody międzykomorowej lub międzyprzedsionkowej wymagający leczenia operacyjnego,
  - k) tetralogia Fallota,
  - l) przełożenie wielkich pni tętniczych,
  - m) wodogłowie,
  - n) zespół Downa,
  - o) mózgowie porażenie dziecięce,
  - p) mukowiscydoza.

### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 2.

Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest urodzenie się Dziecka z wadą wrodzoną, o której mowa w § 1 pkt 5).

### POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 3.

1. Karencja z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wynosi 10 (dziesięć) miesięcy.
2. Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego w odniesieniu do danego Dziecka wygasa również z dniem:
  - 1) wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego,
  - 2) 1. (pierwszych) urodzin Dziecka.

### SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

#### § 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

### WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 5.

1. W przypadku urodzenia się Dziecka z wadą wrodzoną, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego za każde urodzenie się Dziecka z wadą wrodzoną.
2. W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Dziecka Ubezpieczonego.
3. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje sumę ubezpieczenia obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego,
  - 2) dokumentacji medycznej stwierdzającej wadę wrodzoną u Dziecka, dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na badanie lekarskie przed komisją lekarską, w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.

### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

#### § 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli:
  - a) Dziecko zmarło w okresie pierwszych 30 (trzydziestu) dni od dnia urodzenia się albo
  - b) rozpoznanie wady/choroby u Dziecka nie zostało potwierdzone dokumentacją medyczną w ciągu pierwszego roku życia Dziecka.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń, które zaistniały bezpośrednio bądź pośrednio wskutek:
  - a) choroby lub nieszczęśliwego wypadku Dziecka po urodzeniu się Dziecka lub
  - b) choroby AIDS lub zarażenia Dziecka wirusem HIV i pochodnymi w okresie zarodkowym lub płodowym, lub
  - c) niekorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza przez matkę Dziecka w okresie ciąży, zabiegu usuwania ciąży lub powikłań związanych z takim zabiegiem, lub
  - d) przyjmowania przez matkę Dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z jego zaleceniem, lub
  - e) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych lub czynnego udziału matki Dziecka w okresie ciąży w aktach przemocy lub terroryzmu, lub
  - f) działań energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, któremu poddana została matka Dziecka w okresie ciąży, jeżeli powyższe nie wynikało ze stosowania terapii zaleconej przez lekarza, lub
  - g) próby samobójstwa lub samookaleczenia matki Dziecka, bez względu na stan jej poczytalności albo poddania się przez nią w okresie ciąży zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, lub
  - h) udziału matki Dziecka w okresie ciąży w indywidualnych lub zorganizowanych czynnościach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, a w szczególności takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§ 7.**

1. W kwestiach nieregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia się Dziecka z Wadą Wrodzoną zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU WSPÓŁUBEZPIECZONEGO (ZWD03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

**POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1.**

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Współubezpieczonego;
- 2) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego albo dziecko w pełni bądź częściowo przez niego przysposobione, które nie ukończyło 25. (dwudziestego piątego) roku życia;
- 3) **Rodzic Ubezpieczonego** – naturalny ojciec lub naturalna matka Ubezpieczonego bądź osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego, bądź ojczym lub macocha, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub matka;
- 4) **Rodzic Małżonka Ubezpieczonego** – naturalny ojciec lub naturalna matka Małżonka Ubezpieczonego bądź osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Małżonka Ubezpieczonego, bądź ojczym lub macocha, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub matka;
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Zgonu Współubezpieczonego;
- 6) **Współubezpieczony** – Małżonek Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego, lub Rodzic Ubezpieczonego, lub Rodzic Małżonka Ubezpieczonego.

**ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ****§ 2.**

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest według wyboru w następujących wariantach obejmujących:
  - 1) wariant 1 – Małżonka Ubezpieczonego lub
  - 2) wariant 2 – Dziecko Ubezpieczonego, lub
  - 3) wariant 3 – Rodzica Ubezpieczonego, lub
  - 4) wariant 4 – Rodzica Małżonka Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający może wybrać od 1 (jednego) do 4 (czterech) wariantów.
3. Zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych warunków jest zgon Współubezpieczonego, który nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

**POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ****§ 3.**

- Niezależnie od postanowień OWU, określających początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej (mających odpowiednio zastosowanie), ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa również z dniem:
- 1) zgonu drugiego Rodzica Ubezpieczonego – w odniesieniu do Rodziców,
  - 2) zgonu drugiego Rodzica Małżonka Ubezpieczonego – w odniesieniu do Rodziców Małżonka,
  - 3) 25. (dwudziestych piątych) urodzin Dziecka Ubezpieczonego – w odniesieniu do danego Dziecka.

**SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA****§ 4.**

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu.
2. Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia oddzielnie dla każdego wariantu i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.




**WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ****§ 5.**

1. W przypadku zgonu Współubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w danym wariantcie.
2. Do obliczenia wysokości świadczenia Towarzystwo przyjmuje określoną w umowie dla danego wariantu sumę ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, obowiązującą dla danego Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie wniosku złożonego na formularzu Towarzystwa oraz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia:
  - 1) skróconego odpisu aktu zgonu Współubezpieczonego,
  - 2) karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu – w przypadku zgonu Małżonka Ubezpieczonego,
  - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§ 6.**

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze warunki ogólne nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (ASS03 01)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia grupowego, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwanych dalej OWU.

**POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1.**

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **centrum operacyjne (świadczeniodawca):** Mondial Assistance sp. z o.o. – przedstawiciel Towarzystwa udzielającego świadczeń assistance, którego adres i numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 2) **choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 (dwunastu) miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 5) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego albo przez niego przysposobione, które nie ukończyło 25. (dwudziestego piątego) roku życia;
- 6) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 7) **Małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w rozumieniu polskiego prawa pozostaje w związku małżeńskim z Ubezpieczonym w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w niniejszych ogólnych warunkach;
- 8) **pakiet** – każdy z trzech zakresów świadczeń assistance: Pakiet Silver, Pakiet Gold i Pakiet VIP;
- 9) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 11) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia. Ubezpieczonymi w ramach wariantu rodzinnego są ponadto Małżonek Ubezpieczonego oraz każde Dziecko Ubezpieczonego;
- 13) **wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe niezależnie od woli Ubezpieczonego, które wystąpiło w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia, przy czym za wypadek nie są uważane choroby, wliczając w to zawał serca, udar mózgu oraz inne choroby o nagłym przebiegu;
- 14) **zdarzenie** – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w pkt 2) lub obrażeń ciała w następstwie wypadku w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 6 pkt 11), za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w tym punkcie.

**PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA****§ 2.**

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:

- 1) Ubezpieczonego albo
- 2) Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego, i każde Dziecko Ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo spełni świadczenie jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
4. Zakres ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia:
  - 1) udzielenie pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia,
  - 2) zdrowotne usługi informacyjne,
  - 3) infolinia „Baby assistance”.
5. Zakres ubezpieczenia jest uzależniony od pakietu ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu w ramach danego pakietu określone są w poniższej tabeli.

Zakres świadczeń	Pakiet Silver	Pakiet Gold	Pakiet VIP
wizyta lekarza w związku z wypadkiem	x	x	x
wizyta pielęgniarki w związku z wypadkiem		x	x
dostarczenie leków	x	x	x
transport medyczny do placówki medycznej	x	x	x
transport medyczny z placówki medycznej	x	x	x
transport medyczny między placówkami medycznymi		x	x
wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego		do kwoty 600 zł	do kwoty 1000 zł
transport sprzętu rehabilitacyjnego		do kwoty 400 zł	do kwoty 500 zł
wizyta rehabilitanta w domu w związku z wypadkiem			do kwoty 500 zł
opieka po hospitalizacji			x
pomoc psychologa		x	x

LIMITY	łącznie limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe		
	1000 zł	2000 zł	3000 zł
infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu	bez limitu
infolinia „Baby assistance”	bez limitu	bez limitu	bez limitu

6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 4 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
  - 1) wizyty lekarza w związku z wypadkiem – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca pobytu Ubezpieczonego i honorariów lekarza, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;

- 2) wizyty pielęgniarki w związku z wypadkiem – organizacja i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca pobytu Ubezpieczonego i honorariów pielęgniarki;
- 3) dostarczenie leków – dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony, w następstwie zdarzenia objętego ochroną, wymaga leżenia;
- 4) transport medyczny do placówki medycznej – transport z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza uprawnionego, w przypadku zajścia zdarzenia wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 5) transport medyczny z placówki medycznej – transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 6) transport medyczny między placówkami medycznymi – transport z placówki medycznej do innej placówki medycznej w przypadku, gdy:
  - a) placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia;
  - b) Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.
 Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 7) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty:
  - a) 600 zł w przypadku Pakietu Gold,
  - b) 1000 zł w przypadku Pakietu VIP;
- 8) transport sprzętu rehabilitacyjnego – dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty:
  - a) 400 zł w przypadku Pakietu Gold,
  - b) 500 zł w przypadku Pakietu VIP;
- 9) wizyta rehabilitanta w domu w związku z wypadkiem – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów jednej wizyty rehabilitanta w domu Ubezpieczonego do kwoty 500 zł w przypadku Pakietu VIP;
- 10) opieka po hospitalizacji – zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 (pięciu) dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
- 11) pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów wizyt u psychologa, jeżeli na skutek zajścia zdarzenia, takiego jak:
  - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
  - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
  - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego,
  - d) zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
  - e) wystąpienie u Ubezpieczonego choroby lub choroby przewlekłej, będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem.
 Wymienione w pkt 1)-11) usługi (organizacja usług i pokrycie kosztów) świadczone są do łącznego limitu:
  - a) 1000 zł w Pakiecie Silver,
  - b) 2000 zł w Pakiecie Gold,
  - c) 3000 zł w Pakiecie VIP,

z zastrzeżeniem, że kwoty wymienione § 2 ust. 6 pkt 7), 8) i 9) zawierają się w tym limicie.

Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń.

7. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 6, decyduje lekarz uprawniony.

8. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego przekroczy limit kosztów określony w niniejszych warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztem faktycznym a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem kosztów.
9. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 4 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu:
  - 1) informowanie o placówkach medycznych w razie choroby lub wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
  - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
  - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
  - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
  - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
  - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.
10. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 4 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
  - 1) objawach ciąży,
  - 2) badaniach prenatalnych,
  - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
  - 4) szkołach rodzenia,
  - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
  - 6) karmieniu noworodka,
  - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
  - 8) pielęgnacji noworodka.
11. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpiezonego obowiązują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

#### SKŁADKA

##### § 3.

Składka z tytułu ubezpieczenia dodatkowego określona jest w umowie ubezpieczenia i płatna jest w terminach opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego.

#### REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

##### § 4.

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do telefonicznego skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje dotyczące Ubezpiezonego:
  - 1) imię i nazwisko;
  - 2) numer PESEL;
  - 3) adres zamieszkania;
  - 4) numer polisy;
  - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
  - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego oraz
  - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia do centrum operacyjnego wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w niniejszych warunkach, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się

z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszt świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź części poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 (pięciu) dni od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku zorganizowania świadczeń, na podstawie niniejszych warunków, we własnym zakresie.

#### WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

##### § 5.

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, jeżeli zdarzenie nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i ponadto nie obejmuje:

- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, lub
- 3) kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 4 ust. 5, lub
- 4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach), lub
- 5) kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są lub mogą być one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie), lub
- 6) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii lub
  - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, lub
  - c) pozostawiania Ubezpiezonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia, lub
  - d) chorób psychicznych, lub
  - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpiezonego, lub
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej, w szczególności: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szybownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych, lub działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi, lub
  - h) poddania się przez Ubezpiezonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza, lub
  - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpiezonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, lub
  - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), lub
  - k) chorób przewlekłych, z wyjątkiem świadczenia, o którym mowa § 2 ust. 6 pkt 11) ppkt e).

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 6.

1. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU, o ile niniejsze ogólne warunki nie stanowią inaczej.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r. i wchodzi w życie z dniem 09.08.2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (ASS03 01)

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance (ASS03 01), zwanych dalej ogólnymi warunkami, przyjętych uchwałą Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA nr 59/Z/07 z dnia 25.06.2007 r.

### § 1.

1. Do §1 POSTANOWIENIA OGÓLNE dodaje się pkt 15)-17) w brzmieniu:
  - 15) **inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecka Ubezpieczonego, będące następstwem wypadku, które stało się przyczyną trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 (dwunastu) miesięcy utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego;
  - 16) **osoba niesamodzielna** – Dziecko lub inna osoba zamieszkująca w miejscu pobytu Ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki Ubezpieczonego;
  - 17) **Rodzic Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego (Rodzic)** – naturalny ojciec lub naturalna matka Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego. Za rodzica Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego uważa się również ojczyma lub macochę Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego.
2. Dotychczasowy §1 pkt 12) otrzymuje brzmienie:
 

„12) Ubezpieczony – osoba, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych ogólnych warunków;”
3. Dotychczasowy §1 pkt 14) otrzymuje brzmienie:
 

„14) zdarzenie ubezpieczeniowe – wystąpienie w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego/Rodzica Małżonka Ubezpieczonego choroby, choroby przewlekłej, inwalidztwa, lub wystąpienie objętej ochroną ubezpieczeniową nagłej trudnej sytuacji losowej mającej wpływ na zdrowie fizyczne lub psychiczne ww. osób.”

### § 2

Do §2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA wprowadza się w następujące zmiany:

1. Dotychczasowy ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 

„Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego udzielana jest w jednym z następujących wariantów obejmujących:

  - 1) Wariant 1 – Ubezpieczonego albo
  - 2) Wariant 2 – Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego i każde Dziecko Ubezpieczonego.”
2. Dotychczasowy ust. 4 otrzymuje brzmienie:
 

„Zakres ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia:

  - 1) udzielenie pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem;
  - 2) zdrowotne usługi informacyjne,
  - 3) infolinia „Baby assistance”.
3. Dotychczasowy ust. 5 otrzymuje brzmienie:
 

„Zakres ubezpieczenia jest uzależniony od pakietu ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu w ramach danego pakietu określone są w Tabeli Pakietów Świadczeń Assistance.”

## 4. Tabela Pakietów Świadczeń Assistance otrzymuje brzmienie:

Tabela Pakietów Świadczeń Assistance

Zakres świadczeń	Pakiet Silver	Pakiet Gold	Pakiet VIP
wizyta lekarza w związku z wypadkiem	x	x	x
wizyta pielęgniarki w związku z wypadkiem		x	x
dostarczenie leków	x	x	x
transport medyczny do placówki medycznej	x	x	x
transport medyczny z placówki medycznej	x	x	x
transport medyczny między placówkami medycznymi		x	x
wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego		do kwoty 600 zł	do kwoty 1000 zł
transport sprzętu rehabilitacyjnego		do kwoty 400 zł	do kwoty 500 zł
organizacja procesu rehabilitacyjnego			do kwoty 1000 zł
opieka po hospitalizacji			x
opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi		x	x
pomoc psychologa		x	x
dostosowanie miejsca pracy			tylko organizacja
pomoc domowa dla Rodzica po hospitalizacji			do kwoty 500 zł
transport medyczny Rodzica na wizytę kontrolną			1/rok
infolinia medyczna i zdrowotne usługi informacyjne dla Rodzica			bez limitu
pakiet informacyjny w przypadku utraty pracy		bez limitu	bez limitu
infolinia dla bezrobotnych		bez limitu	bez limitu
aktywne poszukiwanie pracy		bez limitu	bez limitu
pomoc psychologa w przypadku utraty pracy		500 zł	500 zł
infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu	bez limitu
infolinia „Baby assistance”	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	<b>łącznie limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe</b>		
<b>LIMITY</b>	<b>1000 zł</b>	<b>2000 zł</b>	<b>3000 zł</b>

## 5. Dotychczasowy ust. 6 pkt 9) otrzymuje brzmienie:

„organizacja procesu rehabilitacyjnego – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo pokrywa koszty organizacji procesu rehabilitacyjnego do kwoty 1000 (jeden tysiąc zł);”

## 6. Do ust. 6 dodaje się pkt 12)-20) w brzmieniu:

„12) **opieka nad osobami niesamodzielnymi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 (pięć) dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad Dziećmi Ubezpieczonego i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania tych osób i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 12) ppkt a)-b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.

W przypadku, gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 (dwudziestu czterech) godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pod literą a) lub b) Towarzystwo:

c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania tych osób przez okres maksymalnie 5 (pięciu) dni. Jeżeli będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenia usług, o których mowa w pkt 12) ppkt a)-c) są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

13) **dostosowanie miejsca pracy** – Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację przystosowania miejsca pracy (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku wypadku doznał trwałego inwalidztwa, o którym mowa w § 1 ust. 15. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Ubezpieczonego;

14) **organizacja i pokrycie kosztów pomocy domowej lub pielęgniarskiej dla Rodzica** - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 (pięciu) dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej do łącznej kwoty 500 zł (pięćset) zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

15) **organizacja i pokrycie kosztów transportu Rodzica na wizytę kontrolną** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 (pierwszego) roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 (pięciu) dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny;

16) **infolinię medyczną dla Rodzica** – dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa;

- 17) **pakiet informacyjny w przypadku utraty pracy** – centrum operacyjne w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłała do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
- instrukcje dotyczące pisania życiorysu (CV) oraz jego wzór;
  - instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz jego wzór;
  - instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz jego wzór;
- 18) **informacja telefoniczna w przypadku utraty pracy** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
- kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
  - komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
  - prawa i obowiązki bezrobotnych;
  - rejestracja w urzędzie pracy;
  - komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
  - sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
  - inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
  - dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
  - dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
  - dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
- 19) **aktywne poszukiwanie pracy** – centrum operacyjne w terminie do 14 (czternastu) dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Centrum operacyjne zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 (sześciu) miesięcy liczony od dnia zajścia zdarzenia;
- 20) **pomoc psychologa po utracie pracy** – centrum operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 (pięćset) zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum operacyjne z Ubezpieczonym. Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez centrum operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 (sześciu) miesięcy od daty zajścia zdarzenia;”
7. Dotychczasowe dwa ostatnie zdania w ust. 6 otrzymują brzmienie:  
„Wymienione w pkt 1)-20) usługi (organizacja usług i pokrycie kosztów) świadczone są do łącznego limitu:
- 1000 zł w Pakiecie Silver,
  - 2000 zł w Pakiecie Gold,
  - 3000 zł w Pakiecie VIP,
- z zastrzeżeniem, że kwoty wymienione § 2 ust. 6 pkt 7)-9), 14) i 20) zawierają się w tym limicie.  
Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń.”
8. Dotychczasowy ust. 7 otrzymuje brzmienie:  
”O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 6 pkt 1)-12) oraz 14)-15), decyduje lekarz uprawniony.”
9. Dodaje się ust. 12 w brzmieniu:  
„Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 6 pkt 17) oraz 19)-20) jest dostarczenie do centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy z zachowaniem postanowień § 5.”

## § 3

Dodaje się § 6 w brzmieniu:

1. Ilekroć w niniejszych warunkach jest mowa o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego, jeżeli został wybrany wariant 2 ochrony ubezpieczeniowej określony w § 2 ust. 1 pkt 2).
2. Ilekroć w niniejszych warunkach jest mowa o Rodzicu, należy przez to rozumieć Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka Ubezpieczonego.”

## § 4

Dotychczasowy § 6 otrzymuje oznaczenie „§ 7”.

## § 5

1. Pozostałe postanowienia ogólnych warunków pozostają bez zmian.
2. Aneks uchwalony został przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna uchwałą Nr 80/HDI/2009 z dnia 02.04.2009 r. i wchodzi w życie z dniem 01.05.2009 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Teresa Grabowska

## TABELA OPŁAT I SKŁADEK DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM (GUF03)

uchwalona przez Zarząd Towarzystwa uchwałą Nr 59/Z/2007 z dnia 25.06.2007 r. i obowiązująca od dnia 09.08.2007 r.

TYTUŁ POTRĄCENIA	TRYB POTRĄCENIA	WYSOKOŚĆ POTRĄCENIA
1. Zarządzanie Funduszem	Od aktywów Funduszu; przy wycenie aktywów	Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie Funduszem określoną w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Opłata za zarządzanie ustalana jest odrębnie dla każdego Funduszu.
2. Przeliczanie składek funduszowych oraz dodatkowych składek funduszowych	Od wpłacanej składki funduszowej oraz dodatkowej składki funduszowej	opłata określona w umowie ubezpieczenia dla poszczególnych lat trwania umowy, oddzielnie dla składek funduszowych i dodatkowych składek funduszowych
3. Rozdzielanie składek na Fundusze, prowadzenie konta uczestnika Funduszu	Poprzez odliczenie jednostek z indywidualnego rachunku Ubezpieczonego po zakończeniu każdego miesiąca	2 zł, w przypadku Funduszu: – Gerling Fundusz Bezpieczny – Gerling Fundusz Stabilnego Wzrostu – Gerling Fundusz Wzrostu i Dochodu – Gerling Portfel Modelowy Stabilnego Wzrostu – Gerling Portfel Modelowy Zrównoważony – Gerling Portfel Modelowy Aktywnej Alokacji
		3 zł: pozostałe Fundusze
waloryzowane zgodnie z § 3 ust. 7 Załącznika nr 1 do OWU		
4. Zmiana strategii inwestycyjnej częściej niż raz w roku	Poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku Ubezpieczonego	10 zł (zmiana strategii raz w roku oraz za pomocą usługi dostępu do konta przez internet – bez opłat)
5. Za przesłanie na wniosek Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy	Poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku Ubezpieczonego	10 zł
6. Wykup ubezpieczenia albo świadczenie	Od wysokości kwoty do wypłaty	5% – w I roku, licząc od przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, 4% – w II roku, licząc od przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, 3% – w III roku, licząc od przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego 2% – w IV roku, licząc od przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, 1% – w V roku, licząc od przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, 0,5% – w następnych latach, licząc od przystąpienia do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego
		(świadczenie – bez opłat)
7. Składka funduszowa lub dodatkowa składka funduszowa		min. 25 zł

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

**HDI-Gerling Życie**  
**Towarzystwo Ubezpieczeń SA**  
ul. Hrubieszowska 2  
01-209 Warszawa

infolinia: 0 801 HDI HDI  
(0 801 434 434)  
[www.hdi-gerling.pl](http://www.hdi-gerling.pl)