

Szczególne Warunki ubezpieczenia grupowego

MetLife AmplicoSM

Umowa podstawowa

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Definicje § 1

Poniższe terminy użyte w szczególnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych oznaczać będą:

1. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26;
2. **Karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową określonego w dokumencie dostarczonym Ubezpieczającemu, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych zakresem Umowy Dodatkowej będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
3. **Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa wraz z załącznikami stanowiącymi jego integralną część, w którym osoba uprawniona do ubezpieczenia oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego;
4. **Niepoczytalność** – utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu;
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym. W rozumieniu niniejszej definicji za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, oraz wszelkich innych chorób lub infekcji występujących nagle za wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia;
6. **WU** – warunki grupowego ubezpieczenia na życie;
7. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
8. **Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
9. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia;
10. **Termin wymagalności składki** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia pierwszy dzień okresu, za który należna jest składka zgodnie z określonym w Umowie Ubezpieczenia trybem płatności.
11. **Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.;
12. **Ubezpieczający** – Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibą we Wrocławiu, ul. Borowska 246b/2, 50-558 Wrocław;
13. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca członkiem Stowarzyszenia Ubezpieczonych, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
14. **Umowa Podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie ;
15. **Umowa Dodatkowa** – umowa, rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe;
16. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Podstawowa oraz Umowy Dodatkowe;
17. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
18. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych** - rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, terenowego lub ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada;
19. **Zdolność ubezpieczeniowa** – spełnienie wszystkich warunków wymaganych w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia lub wzrostu wysokości ubezpieczenia.

Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia § 2

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - życie Ubezpieczonego,
 - zdrowie Ubezpieczonego,
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz wystąpienie zdarzeń ubezpieczeniowych zgodnie z zawartą Umową Ubezpieczenia.

Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową § 3

1. Uprawnioną do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest osoba spełniająca wszystkie poniższe warunki:
 - a) która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 60 roku życia,
 - b) jest osobą fizyczną, która złożyła Ubezpieczającemu deklarację członkowską,
 - c) która udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 4 ust. 3.
2. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają osoby wykonujące następujące zawody: akrobata, cyrkowiec, kaskader, korespondent wojenny, treser zwierząt niebezpiecznych, pirotechnik, elektryk obsługujący słupy i wysokie napięcie, rybak dalekomorski, marynarz, zawodnik klubów sportowych, pilot, steward, stewardesa, pracownik ochrony (ochroniarz) posiadający pozwolenie na broń i uzbrojony w trakcie wykonywania pracy, funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Biura Ochrony Rządu, górnik oraz inna osoba wykonująca pracę pod ziemią, osoba zajmująca się niszczeniem amunicji, personel platformy wiertniczej, nurek oraz inna osoba wykonująca pracę pod wodą, osoba używająca jakiegokolwiek broni lub urządzenia wykorzystującego energię nuklearną lub

promieniowanie, pracownik budowlany wykonujący pracę na budynkach wysokich i wysokościowych zgodnie z właściwym prawem budowlanym, osoba zajmująca się transportowaniem lub utrzymaniem materiałów wybuchowych lub jakiegokolwiek wyposażenia zawierającego materiały wybuchowe zgodnie z właściwym prawem regulującym pracę z materiałami wybuchowymi, służby ratunkowe, osoba mająca bezpośredni kontakt z materiałami wybuchowymi zgodnie z właściwym prawem regulującym pracę z materiałami wybuchowymi.

Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie Karty Rejestracyjnej z zastrzeżeniem, iż okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie może być dłuższy niż 31 dni.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po:
 - a) podpisaniu Karty Rejestracyjnej i złożeniu jej Ubezpieczającemu oraz
 - b) potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej,
 - c) oraz pod warunkiem opłacenia składki w Terminie jej wymagalności z uwzględnieniem postanowień § 8.
3. Rozpoczęcie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej wymaga potwierdzenia przez osobę uprawnioną do ubezpieczenia Zdolności ubezpieczeniowej na podstawie 4 pytań dotyczących stanu zdrowia zawartych w Karcie Rejestracyjnej. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z tych pytań wymagane będzie potwierdzenie Zdolności ubezpieczeniowej na podstawie druku „Oświadczenie o stanie zdrowia” lub na podstawie badań medycznych zgodnie z wymaganiami Towarzystwa.
4. W przypadku nie opłacenia pierwszej składki za daną osobę ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - a) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w przypadku braku potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej,
 - b) zaproponowania ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o ile Ubezpieczony wyrazi na nie zgodę.

Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) osiągnięcie przez Ubezpieczonego 60 roku życia,
 - ii) utrata uprawnień do ubezpieczenia,
 - b) z dniem zgonu Ubezpieczonego,W przypadku określonym w punkcie b) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nie opłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w terminie wskazanym w § 8 ust. 4.
3. Poza przypadkami wymienionymi w ust. 1 i 2 ochrona ubezpieczeniowa kończy się, w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia, w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało pisemną informację o rezygnacji. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

Zmiany ochrony ubezpieczeniowej

§ 6

1. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednego z dwóch Wariantów Pakietu Podstawowego oraz jednego z trzech Wariantów Pakietu Dodatkowego dostępnych w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia.
2. Zmiana wariantu jest możliwa co miesiąc, pod warunkiem podpisania nowej Karty Rejestracyjnej i złożenia jej

Ubezpieczającemu. Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z nowo wybranym wariantem obowiązywać będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu Karty Rejestracyjnej.

3. Do zmiany wariantu ubezpieczenia skutkującego podwyższeniem sum ubezpieczenia lub zwiększeniem zakresu ubezpieczenia jest uprawniony wyłącznie Ubezpieczony, który potwierdzi Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 4 ust. 3.
4. Okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą zmiany wariantu ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 31 dni.
5. Towarzystwo każdorazowo będzie informować Ubezpieczającego na piśmie o akceptacji zwiększonej sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywać.

Uposażony

§ 7

1. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do samodzielnego wskazania i zmiany osoby Uposażonego.
2. Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego, pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w Świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części Świadczenia przysługującego im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.

Opłacanie składek

§ 8

1. Składka ubezpieczeniowa finansowana jest przez Ubezpieczonego i przekazywana na rachunek bankowy Ubezpieczającego do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka przekazywana jest Towarzystwu przez Ubezpieczającego w Terminie wymagalności składki, którym jest ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który należna jest składka.
3. Dopuszczalny okres prolongaty na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 31 dni licząc od Terminu wymagalności składki.
4. Okres prolongaty, o którym mowa w ust. 3 nie dotyczy pierwszej składki, której Termin wymagalności został określony w ust. 2.
5. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej i zawartych Umów Dodatkowych.
6. W okresie prolongaty nie nalicza się odsetek za zwłokę.
7. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w Terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania.
8. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 7, ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 7.
9. W przypadku braku zapłaty składki, do końca okresu określonego w ust. 7, za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy, Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
10. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

Waluta

§ 9

Wszystkie składki i Świadczenia są płacone w polskich złotych.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 10

1. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w ciągu 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej ani z tytułu Umów Dodatkowych (za wyjątkiem umów dodatkowych o charakterze inwestycyjnym) nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku jego aktywnego udziału w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia lub ogłoszenie lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny.
3. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej ani z tytułu Umów Dodatkowych nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych.

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie § 11

1. W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo, po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji, wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie równe określonej w Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
2. Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 12.

Wypłata Świadczeń § 12

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie siedmiu dni prześle osobie zgłaszającej roszczenie niezbędne formularze w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwa.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zbadania okoliczności śmierci, w tym wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych oraz weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do Świadczenia i zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
5. Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
6. Inne Świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu, zaś w przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu zostaną wypłacone jego spadkobiercom.

7. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie z Umowy Podstawowej, łącznie ze Świadczeniami należnymi z tytułu Umów Dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
8. Jeżeli osoba uprawniona do Świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.

Podatki § 13

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych. Zasady opodatkowania Świadczeń należnych osobom uprawnionym na mocy Umowy ubezpieczenia regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307 j. t. z późn. zm.) lub ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 74, poz. 397 j. t. z późn. zm.).

Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg § 14

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie na adres Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie.
2. Towarzystwo, w ciągu 30 dni od otrzymania skargi lub zażalenia, wyśle do osoby skarżącej odpowiedź. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, Towarzystwo wyjaśni przyczynę opóźnienia.
3. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Postanowienia kolizyjne § 15

Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami WU rozstrzyga Umowa Ubezpieczenia.

Skutki zatajenia informacji § 16

Towarzystwo będzie zwolnione z odpowiedzialności w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce przed upływem 3 lat od rozpoczęcia okresu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.

Załącznik nr 1 do Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie – Katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

1. Dotyczy roszczeń z umowy podstawowej Grupowego Ubezpieczenia na życie,
 - a). odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego* lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub organ wydający dokument lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie,
 - b). formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia pracowniczego”,
 - c). kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu,
 - d). kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego* lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub organ wydający dokument lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.
2. Dotyczy roszczeń z:
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy,
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.
 - a). dokumenty wymienione w punkcie 1 oraz dodatkowo:
 - b). kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresu i numeru sprawy jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - c). w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy - kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.
3. Dotyczy roszczeń z:
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku - Pakiet Renta.
 - a). formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia pracowniczego”,
 - b). kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie,
 - c). kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresu i numeru sprawy jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - d). w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy - kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - e). kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostało wydane),
 - f). inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku,
 - g). kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
4. Dotyczy roszczeń z:
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby,
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza.
 - a). formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia pracowniczego”,
 - b). kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego potwierdzona notarialnie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego* lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie,
 - c). kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych, potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Dotyczy roszczeń z:
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu,
 - umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - a). formularz „Wniosek o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia pracowniczego”,
 - b). kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
 - c). kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

Dodatkowo jeśli zdarzenie powstało na skutek nieszczęśliwego wypadku:

- d). kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresu i numeru sprawy jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
- e). w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy - kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
- f). inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku.

* osoba uprawniona z ramienia Ubezpieczającego do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem to Pracownik Działu Kadr (Działu Personalnego) Ubezpieczającego lub Radca Prawny lub Kierownik Sklepu lub Kierownik Oddziału/Filii/Jednostki terenowej Ubezpieczającego, poświadczająca dokument pieczętką firmową, imienną z zajmowany stanowiskiem oraz podpisem.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,

2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniu Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem i/lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd i/lub Środek transportu publicznego będący w ruchu.
2. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszej umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe.

3. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej doręczonym w dokumencie dostarczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu

- w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
 5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wyplata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej lub Umów

Dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:

- 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku,

oraz wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu .

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczitalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
6. udowodnionego umyślnego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
7. wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wyplata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej lub Umów Dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nie rokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem,
2. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub Złamanie nie powodujące trwałej straty funkcji kończyny,
3. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

W przypadku złamania nie powodującego straty funkcji kończyny Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone dodatkowo w przypadku, gdy obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

6. leczenia lub zabiegu chirurgicznego za wyjątkiem leczenia lub zabiegu chirurgicznego w celu leczenia skutków Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia zgodnie z Tabelą Świadczeń pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wymienione wyżej obrażenia ciała i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i na zakończenie tego okresu spełnia warunki Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa.
- 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej - z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.

2. Uszczerbek na Zdrowiu

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
- 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej - z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.

3. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część niniejszej umowy. Tabela dostępna jest w Biurze Głównym Towarzystwa oraz jego upoważnionych przedstawicielstwach.

§ 7

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z § 6 i z zastrzeżeniem § 8 ust 2.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia

§ 8

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn lub złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną

pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.

3. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu lub potwierdzenia Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

Postanowienia Ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytych w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU.

Poniższe określenia oznaczają:

1. **umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z ubezpieczeniem na życie lub w czasie trwania ubezpieczenia na życie pod warunkiem zaakceptowania powyższego wniosku przez Towarzystwo;
2. **rak** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
3. **zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału;
4. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebiecie, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (bypass), z wyłączeniem przeszczepów plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych;
5. **udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszywały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej;
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
- b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
6. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki;
 7. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki lub nerki;
 8. **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo;
 9. **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie;
 10. **poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała;
 11. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzić uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
 12. **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnoza powinna być jednoznaczna i wymagane jest potwierdzenie przez specjalistę neurologa więcej niż jednego epizodu właściwie określonego deficytu neurologicznego z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych pnia mózgu i rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa przekraczającego 75% potwierdzonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo;
 13. **operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa;
 14. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub

- wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być konieczne poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia;
15. **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów;
 16. **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy;
 17. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
 - a) występowanie zagrożenia życia,
 - b) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - c) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwałe deficyty neurologiczne,
 - d) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę-neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografi i komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

 - a) torbiele,
 - b) ziarniniaki,
 - c) malformacje naczyniowe,
 - d) krwiaki,
 - e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego;
 18. **operacja aorty** – przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszna bez odgałęzień;
 19. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
 - a) choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne'a, Becker'a, kończynowo-obrzeczowa, miotoniczna, dystrofia twarzowo-łopatkowo-ramienna, oczno-gardłowa; i
 - b) stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch „Czynności życia codziennego”;
 20. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** - zwiększenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych;
 21. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) martwica obejmująca całe zraziki,
 - b) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - c) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - d) narastająca żółtaczką;
 22. **pierwotne nadciśnienie płucne** - pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej; i
 - b) potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca;
 23. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna przy obecności infekcji wirusem HIV;
 24. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
 - a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - c) wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO2 równe lub mniej niż 55 mm Hg),
 - d) występowanie duszności spoczynkowej.
- Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa;
25. **choroba neuronu ruchowego** - wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „Czynności życia codziennego”;
 26. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „Czynności życia codziennego”;
 27. **niedokrwistość aplastyczna** - przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek ilości krwinek czerwonych), spadek ilości krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
 - a) Przetoczenia produktów krwiopochodnych
 - b) Czynniki stymulujących szpik kostny
 - c) Immunosupresji
 - d) Przeszczepu szpiku kostnego;
 28. **angioplastyka wieńcowa przezskórna** – jakikolwiek zabieg wieńcowej angioplastyki przezskórnej celem korekcji zwężenia (minimum 50% światła) dwóch głównych tętnic wieńcowych pod warunkiem, że Ubezpieczony przedstawi wywiad objawów chorobowych ograniczających aktywność fizyczną. Wywiad taki powinien obejmować:
 - a) Objawy wystarczająco poważne, wskazujące na to, że przyszły poziom tolerancji wysiłku Ubezpieczonego będzie ograniczony do minimalnego stopnia, dla zapobiegania epizodom bólów w klatce piersiowej,
 - b) Specjalistyczną opinię medyczną, która potwierdza konieczność ograniczenia aktywności fizycznej, by zminimalizować umiarkowane i poważne bóle wieńcowe. Dodatkowo Ubezpieczony musi mieć prowadzoną przez co najmniej 6 miesięcy farmakoterapię choroby wieńcowej, celem kontroli bólów i dolegliwości wieńcowych.

Dokumentacja medyczna powinna zawierać wszystkie z następujących dokumentów:

 - a) Pełną dokumentację i zaświadczenie od leczącego kardiologa;
 - b) Potwierdzenie istotnych, charakterystycznych zmian w EKG (obniżenie odcinka ST na 2 mm lub więcej, o przebiegu poziomym lub obniżającym się skośnie, bez obniżenia punktu J);
 - c) Potwierdzenie angiograficzne lokalizacji i stopnia zwężenia dwóch głównych tętnic wieńcowych.
 29. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie;
 30. **poważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki i niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn;
 31. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
 - a) Obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym; i

- b) konsultanta neurologa.
Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy obecności infekcji wirusem HIV;
32. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej "Czynności życia codziennego" nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuje nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej;
33. **toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem auto-przeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej umowy toczень rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III - V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa. Klasyfikacja WHO Toczniowego kłębuszkowego zapalenia nerek:
Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne
Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium
Klasa III. Ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych
Klasa IV. Rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych
Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych
Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem;
34. **zespół apaliczny** – uogólniona trwałe i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną;
35. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Kopia tej definicji znajduje się w Biurze Głównym Amplico Life. Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV;
36. **Czynności życia codziennego** –
Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby;
Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowania higieny osobistej;
Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się
Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny;
Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie objawów choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4, 7, 13, 18 i 28.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub leczenie operacyjne nastąpi w wyniku:

- samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- umyślnego łamania prawa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- nadużycia alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- AIDS,
- radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
- działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
- zdarzenia (choroby lub leczenia operacyjnego), w przypadku którego, Ubezpieczony otrzymał diagnozę choroby bądź zalecenie leczenia operacyjnego lub był świadomy wystąpienia choroby bądź konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej. Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w §2 punkty 4, 7, 13, 18 lub 28 przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie umowy dodatkowej z poniższymi wykluczeniami:

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej	Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
2	Rak	2, 7, 17, 23
3	Zawał mięśnia sercowego	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
4	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
5	Udar	3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 17, 18, 20, 23, 28, 32
6	Niewydolność nerek	6, 7
7	Przeszczepienie narządu	2, 6, 7, 9, 23, 32
8	Utrata wzroku	8, 17
9	Śpiączka	5, 8, 9, 11, 17, 23, 32
10	Poważne oparzenie	10
11	Utrata mowy	5, 9, 11, 17
12	Stwardnienie rozsiane	8, 9, 12, 23, 32
13	Operacja zastawek serca	3, 4, 5, 7, 9, 13, 18, 20, 28
14	Utrata słuchu	14
15	Paraliż	15, 23, 32
16	Utrata kończyn	16
17	Łagodny guz mózgu	2, 5, 8, 9, 11, 17
18	Operacja aorty	3, 4, 5, 13, 18, 20, 28
19	Dystrofia mięśniowa	Wszystkie choroby
20	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
21	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	7, 21, 23, 32
22	Pierwotne nadciśnienie płucne	Wszystkie choroby
23	Choroba nieuleczalna	Wszystkie choroby
24	Schyłkowa niewydolność płuc	7, 22, 23, 24, 32
25	Choroba neuronu ruchowego	Wszystkie choroby
26	Choroba Parkinsona	Wszystkie choroby
27	Niedokrwistość aplastyczna	Wszystkie choroby
28	Angioplastyka wieńcowa przeszskórna	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
29	Zapalenie mózgu	9, 15, 23, 29, 31, 32
30	Poważny uraz głowy	5, 8, 9, 11, 14, 15, 23, 25, 30, 32
31	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	9, 15, 23, 29, 31, 32
32	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Wszystkie choroby
33	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	Wszystkie choroby
34	Zespół apaliczny	Wszystkie choroby

Wypłata świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub umów dodatkowych, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia, za

- wyjątkiem angioplastyki wieńcowej przezskórnej, w przypadku której świadczenie zostanie wypłacone w wysokości dziesięciu procent sumy ubezpieczenia.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - 1) rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub
 - 2) zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4, 7, 13, 18 lub 28
 3. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się lub gdy leczenie operacyjne nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. Wypłata świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 punkt 7
 5. W przypadku angioplastyki wieńcowej przezskórnej Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z

- inwazyjnych metod leczenia Ubezpieczonego. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych świadczeń z tego tytułu. Wypłata świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia Ubezpieczonego w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z angioplastyką, zgodnie z tabelą w § 5 punkt 7. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów, wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
 7. W trakcie postępowania wszczętego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych;
3. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.
4. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów;
5. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych;
6. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne;

7. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja wynika lub jest związana z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą umową, Rehabilitacją,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją narkotykową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty,
8. chorobą wywołaną przez wirus HIV,

9. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniami popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
10. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
11. pełnieniu służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej.
12. przelotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i

- b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
 - i. jako Pacjent Stały co najmniej dobę, gdy przyczyną Hospitalizacji był Nieszczęśliwy Wypadek lub
 - ii. jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia hospitalizacji.
3. Maksymalny okres hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza

Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Niniejsza Umowa Dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego oraz Członków jego rodziny, o ile zostali wskazani przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Członek rodziny Ubezpieczonego:**
 - a) małżonek Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 65 roku życia,
 - b) dzieci Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 6 miesiąca życia, a przed ukończeniem 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
2. **Konsultacja Medyczna** (zwana dalej „Konsultacją”) – świadczenia opisane w § 6 ust. 3 umowy dodatkowej,
3. **Konsorcjum WorldCare** (zwane dalej „Konsorcjum”) – sieć specjalistów medycznych, zorganizowaną przez WorldCare International Ltd. w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z umową dodatkową, na podstawie zawartej umowy o współpracy.
4. **Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS)** będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Kopia tej definicji znajduje się w Biurze Głównym Towarzystwa. Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Zdarzenie ubezpieczeniowe, Świadczenie § 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wymienionych w §5 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony lub Członek jego rodziny zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji medycznej, do której jest uprawniony na podstawie niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny

- zgodnie z niniejszą Umową Dodatkową. Konsultacje Medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu lub Członkowi jego rodziny i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
3. Konsultacja medyczna obejmuje:
 - a) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - b) jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
 - c) jedną Konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Członek jego rodziny wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna Konsultacja,
 - d) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
 - e) telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny a specjalistą Konsorcjum.
4. Jeśli wielokrotnie badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.
5. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny liczba konsultacji jest ograniczona do:
 - a) dwóch w każdym roku trwania Umowy i
 - b) sześciu w okresie objęcia niniejszą Umową Dodatkową.
6. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji zgodnie z niniejszą Umową Dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej w odniesieniu do Członków rodziny Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia Członka rodziny Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia,
 - b) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym małżonek Ubezpieczonego kończy 60 rok życia – w odniesieniu do małżonka Ubezpieczonego,
 - c) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym dziecko Ubezpieczonego kończy 19 rok życia, a w przypadku dalszego kształcenia 25 rok życia w odniesieniu do dziecka Ubezpieczonego
 - d) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego w którym łączna liczba konsultacji odbytych przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny objętego niniejszą Umową Dodatkową wyniosła sześć,
 - e) w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania Konsultacji Medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny.

W przypadku opisanym w punkcie e) Towarzystwo zwróci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Choroby i problemy zdrowotne objęte Umową

§ 5

Ubezpieczony lub Członek jego rodziny uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:

1. Nowotwór;
2. Zawał mięśnia sercowego;
3. Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego;
4. Śpiączka;
5. Udar mózgu;
6. Stwardnienie rozsiane;
7. Porażenie, niedowład;
8. Przewlekła obturacyjna choroba płuc;
9. Rozedma płuc;
10. Choroby zapalne jelit;
11. Przewlekła choroba wątroby;
12. Niewydolność nerek;
13. Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy;
14. Cukrzyca;
15. Choroba zakrzepowo-zatorowa;
16. Amputacje;

17. Reumatoidalne zapalenie stawów;
18. Czerniak złośliwy;
19. Rozległe oparzenia;
20. Nagła ślepota spowodowana chorobą;
21. Przeszczep narządów;
22. Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego;
23. Inne podobne choroby zagrażające życiu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 6

Konsultacje z tytułu Umowy Dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroba lub problem zdrowotny zostały spowodowane w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności odpowiednio Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny,
2. Nadużywania alkoholu lub leczniczo nie uzasadnionego użycia środków farmaceutycznych, w tym narkotyków,
3. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
4. Skażenia radioaktywnego,
5. Działania trucizny albo trujących gazów lub oparów,
6. Wad wrodzonych lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Zgłoszenie roszczenia

§ 7

1. Wniosek o Konsultację z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej składa Ubezpieczony, Członek jego rodziny lub jego lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu.
2. Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej Konsultacji.
3. WorldCare International Ltd. zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników Konsultacji otrzymanych z Konsorcjum.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane Konsultacje.
2. Amplico Life nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd. dotyczące Konsultacji udzielanych na podstawie Umowy Dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku PAKIET RENTA

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenie oznacza:

Trwałe Inwalidztwo – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego określone w Tabeli stanowiącej załącznik do niniejszych warunków lub ustalone na podstawie Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia,
 - z dniem, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia opisanego w § 6 ust. 1 lub ust. 2 w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - jeśli Ubezpieczony został w trakcie trwania niniejszej Umowy Dodatkowej uznany za Niepoczytalnego – z dniem powstania stanu Niepoczytalności.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, które spowodowały Trwałe Inwalidztwo, powstały w wyniku:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
 - b) lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - d) uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łądzi lub nart wodnych,
 - e) wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. Jednorazowe Świadczenie

Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:

 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
2. Miesięczne Świadczenie
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i

- b) Fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
- 2) Wysokość miesięcznego Świadczenia oraz okres jego wypłaty są określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - 3) Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po okresie pełnej rekonwalescencji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.
 - 4) Miesięczne Świadczenie na pisemny wniosek Ubezpieczonego może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych Świadczeń miesięcznych.
 - 5) W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne Świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych Świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo jego spadkobiercom.
 - 6) W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do OWU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia

§ 7

1. Jeśli Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała nie wymienionym w tabeli świadczeń stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę tabelę nie jest mniejsze niż 50%. Tabela ta jest dostępna w Biurze głównym Towarzystwa oraz jego upoważnionych przedstawicielstwach. Tabele, o których mowa w niniejszym punkcie, stanowią integralną część niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narzodom lub kończynom zgodnie z „Tabelą norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”.
3. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do Świadczenia będzie przysługiwało w przypadku kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego inwalidztwa zgodnie z § 2 niniejszych Warunków.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego niniejszym Warunkom. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych Warunków. Wszelkie Świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

§ 8

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Załącznik do Umowy Dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

TABELA INWALIDZTWA Z PODZIAŁEM NA RODZAJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA
SZCZEGÓŁOWY PODZIAŁ I KLASYFIKACJA INWALIDZTWA JEST DO WGLĄDU W PLACÓWKACH TOWARZYSTWA

<i>Trwałe Inwalidztwo</i>
Całkowita strata wzroku w obu oczach
Całkowita strata obu ramion lub obu dłoni
Całkowita głuchota, spowodowana urazem
Strata dolnej szczęki
Całkowita strata mowy
Całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi
Całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi
Całkowita strata obu nóg
Całkowita strata obu stóp
Strata jednego ramienia lub jednej dłoni
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)
Całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda
Całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)

W imieniu Towarzystwa

