

**Ogólne Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia na Życie
z Ubezpieczeniowymi
Funduszami
Kapitałowymi
„Multiochrona”**



SIGNAL IDUNA

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multiochrona”, zwane „Ogólnymi Warunkami” stosuje się do umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multiochrona”, zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.

§2

Określenia użyte w Ogólnych Warunkach oznaczają:

- 1) **Ubezpieczyciel** - SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
- 2) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, której życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia,
- 3) **pracownik** - osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, osoba fizyczna wykonująca pracę na rzecz Ubezpieczającego na podstawie umowy agencji lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania, lub wyboru do organu reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą prawną, w tym kontraktu menedżerskiego, a także będący osobą fizyczną członek albo współnik jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym lub inna osoba fizyczna uznana przez Ubezpieczyciela za związaną z Ubezpieczającym;
- 4) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 5) **współubezpieczony** - małżonek, rodzic, teść, dziecko Ubezpieczonego;
- 6) **uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;

- 7) **polisa** - dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 8) **rocznica polisy** - pierwszy dzień miesiąca, w którym przypada rocznica daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **ochrona ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń określonych w umowie ubezpieczenia;
- 10) **składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 11) **okres rozliczeniowy** - okres wskazany w umowie ubezpieczenia, za który opłacana jest składka; może być to miesiąc, kwartał, pół roku lub rok;
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
- 13) **choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 14) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w związku z ruchem pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 15) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków;
- 16) **akt przemocy** - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby - w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej - zostaje ograniczona;
- 17) **akt terroru** - dokonanie lub groźba, lub usiłowanie dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo pozbawieniu wolności, bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, chemicznych, biologicznych lub radiologicznych, wszelkich przedmiotów lub narzędzi, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu;
- 18) **małżonek** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia pozostawała w związku małżeńskim z Ubezpieczonym;
- 19) **dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba;

- 20) **rodzic** - ojciec lub matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka;
- 21) **teść** - ojciec lub matka małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka;
- 22) **suma ubezpieczenia** - kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia;
- 23) **świadczenie** - suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 24) **trwale kalectwo** - powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku stan polegający na całkowitym fizycznym braku lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad określonym w niniejszych Ogólnych Warunkach narządem Ubezpieczonego;
- 25) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres dłuższy niż dwanaście miesięcy, powstała w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, stwierdzona przez Ubezpieczyciela na podstawie własnych ustaleń;
- 26) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - będące wynikiem zdarzeń określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach trwałe naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, powodujące upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego;
- 27) **poważne zachorowanie** - wystąpienie w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową objawów zachorowania na jedną z chorób, powstanie obrażeń lub przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych, których rodzaj spełnia jedną z definicji określających w niniejszych Ogólnych Warunkach poważne zachorowania dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego;
- 28) **nowotwór** - niekontrolowany wzrost liczby i rozprzestrzenianie się komórek nowotworu złośliwego, naciekających zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Pojęcie to nie obejmuje nowotworów „in situ”, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyłączeniem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym), przewlekłej białaczki limfatycznej, choroby Hodgkina w pierwszym stadium;
- 29) **zawał mięśnia sercowego** - martwica części (lub fragmentu) mięśnia sercowego (myocardium) w następstwie zamknięcia tętnicy wieńcowej; rozpoznanie musi być potwierdzone stwierdzeniem w wywiadzie typowego bólu w klatce piersiowej, ujawnieniem świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym i zwiększeniem aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej serca powyżej standardowych wartości prawidłowych;
- 30) **udar mózgu** - wystąpienie naczyniopochodnego nagłego incydentu mózgowego, obejmujące zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy oraz zatory w naczyniach mózgowych materia-
lem pochodzenia pozaczaszkowego, powodujące trwale następstwa i udokumentowane objawy ubytkowe neurologiczne;
- 31) **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki;
- 32) **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** - wykonanie operacyjnego zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w procesie leczenia choroby naczyń wieńcowych; pojęcie to nie obejmuje wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych;
- 33) **przeszczep narządu** - przeszczepienie osobie objętej ochroną ubezpieczeniową jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca, wątroby, trzustki, płuc oraz szpiku kostnego;
- 34) **utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku z brakiem możliwości poprawy w rezultacie zabiegów medycznych; utrata wzroku musi trwać nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy;
- 35) **utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy;
- 36) **ciężkie oparzenie** - oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała;
- 37) **zakażenie wirusem HIV** - zespół nabytego niedoboru odporności; zaburzenie odporności komórkowej z wyraźnym obniżeniem ilości lub nawet brakiem limfocytów T pomocniczych, wtórne do zakażenia wirusami HIV, co charakteryzuje się występowaniem zakażeń oportunistycznych, schorzeń nowotworowych i neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych (tzw. chorób wskaźnikowych);
- 38) **szpital** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji i opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Za szpital nie uznaje się: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych;
- 39) **sanatorium** - działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa nie będący szpitalem, przeznaczony do leczenia chorób przewlekłych, rehabilitacji oraz zapobiegania nawrotom choroby i ich skutkom;
- 40) **OIOM** - wydzielony, specjalistyczny szpitalny oddział intensywnej opieki medycznej, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających inten-

- sywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonej w sprzęt specjalistyczny umożliwiający ciągłą kontrolę zagrożenia czynności życiowych pacjentów;
- 41) **operacja chirurgiczna** - zespół zabiegów chirurgicznych polegających na naruszeniu ciągłości tkanek, wykonywany przez zespół lekarzy w warunkach szpitalnych (w ramach bloku operacyjnego) podczas jednego pobytu w szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; pojęcie to nie obejmuje żadnych zabiegów wykonywanych w celach diagnostycznych oraz przy zastosowaniu metod endoskopowych;
 - 42) **karancja** - okres czasu liczony od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia, w którym zajście zdarzenia określonego w umowie nie skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
 - 43) **stan nietrzeźwości** - stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 44) **składka ochronna** - ustalona umową ubezpieczenia kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 45) **składka podstawowa** - ustalona zgodnie z umową ubezpieczenia kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu uczestnictwa Ubezpieczonego w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, nie niższa niż minimalna kwota składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów;
 - 46) **składka dodatkowa** - ustalona zgodnie z umową ubezpieczenia kwota finansowana przez Ubezpieczonego, nie niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów;
 - 47) **jednostki funduszy** - części o równych wartościach, na które podzielony jest dany fundusz;
 - 48) **fundusz** - ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, stanowiący zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej wyodrębnioną część aktywów Ubezpieczyciela, gromadzonych i inwestowanych z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
 - 49) **alokacja składki** - nabycie jednostek funduszy za określoną część składki podstawowej oraz składki dodatkowej;
 - 50) **indywidualny rachunek inwestycyjny** - wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki funduszu nabyte za środki pochodzące ze składki podstawowej oraz składki dodatkowej;
 - 51) **wartość rachunku** - iloczyn liczby jednostek funduszy zaewidencjonowanych na indywidualnym rachunku inwestycyjnym i wartości jednostki uczestnictwa;
 - 52) **Regulamin** - Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oferowanych w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multiochrona”, określający w szczególności zasady nabywania i umarzania jednostek funduszy, zasady i termin wyceny jednostek funduszy, terminy zamiany części składki podstawowej i składki dodatkowej na jednostki funduszy, opłaty oraz określający zasady i cel polityki inwestycyjnej funduszy; Regulamin stanowi integralną część Ogólnych Warunków;
 - 53) **Tabela opłat i limitów** - Tabela opłat i limitów stosowanych w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi „Multiochrona”; Tabela opłat i limitów stanowi załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków.

ROZDZIAŁ II

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. Zakresem ubezpieczenia, oprócz śmierci Ubezpieczonego, mogą być objęte na wniosek Ubezpieczającego następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 5) trwałe kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 8) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 9) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 10) poważne zachorowanie małżonka,
 - 11) poważne zachorowanie dziecka,
 - 12) leczenie szpitalne Ubezpieczonego:
 - a. leczenie szpitalne
 - b. OIOM
 - c. operacja
 - d. leczenie sanatoryjne
 - e. rekonwalescencja
 - 13) śmierć małżonka,
 - 14) śmierć dziecka,
 - 15) śmierć rodzica,
 - 16) śmierć teścia,
 - 17) urodzenie dziecka,
 - 18) urodzenie martwego dziecka,
 - 19) osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego,
 - 20) niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia trwale kalectwo lub trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową jednocześnie z żadnym z następujących zdarzeń:
 - 1) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje określony w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ III

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczyciel może wymagać od Ubezpieczającego dołączenia do wniosku dodatkowych dokumentów.

§5

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza polisą.
2. Ubezpieczyciel jest obowiązany, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przedstawić Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy a Ogólnymi Warunkami, wyznaczając mu siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Ubezpieczyciela, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego są nieważne.
3. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
4. W przypadku doręczenia Ubezpieczycielowi sprzeciwu Ubezpieczającego w terminie wskazanym zgodnie z ust. 2 uważa się, że umowa ubezpieczenia nie została zawarta.
5. Z zastrzeżeniem ust. 3 umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu doręczenia polisy. W polisie jest wskazana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

§6

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, licząc od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na następny rok, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie w niniejszym trybie.
3. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy mogą zaproponować drugiej

stronie przedłużenie umowy na kolejny rok na warunkach odmiennych od dotychczasowych. Jeżeli druga strona przed rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o przyjęciu tych warunków, uważa się, że umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem poprzedzającym rocznicę polisy.

ROZDZIAŁ IV

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§7

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci pracownicy Ubezpieczającego zatrudnieni przed, jak i po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który złoży deklarację uczestnictwa, a w dniu wnioskowanym w deklaracji uczestnictwa jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, będzie miał ukończone 14 lat, a nie będzie miał ukończonego 65 roku życia.
3. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową po podjęciu przez Ubezpieczyciela decyzji o przyjęciu do umowy ubezpieczenia, z datą wskazaną na potwierdzeniu ubezpieczenia, pod warunkiem dokonania przez Ubezpieczającego zapłaty pierwszej składki zgodnie z datą wymagalności.
4. Dokumentem stwierdzającym rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej jest potwierdzenie ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela, a przekazywane Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Ubezpieczyciel może, przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
6. Ubezpieczyciel może odmówić przyjęcia danego pracownika do ubezpieczenia lub zaproponować mu inne warunki ubezpieczenia.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty pracownik, który w dacie objęcia go ochroną ubezpieczeniową jest nieobecny w pracy z powodu choroby.

§8

1. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego, udzielanie ochrony ubezpieczeniowej oraz pobieranie składek zostają zawieszane w stosunku do Ubezpieczonych, którzy:
 - 1) odbywają służbę wojskową,
 - 2) pobierają rentę rehabilitacyjną lub czasową,
 - 3) przebywają na urlopie wychowawczym.
2. Zawieszenie rozpoczyna się z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający złożył wniosek o zawieszenie.
3. Zawieszenie ustaje z pierwszym dniem okresu rozliczeniowego, za który zostanie opłacona składka ubezpieczeniowa.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe wobec danego Ubezpieczonego i współubezpieczonych w okresie zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

§9

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:

- 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- 2) z dniem rezygnacji Ubezpieczonego,
- 3) z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa,
- 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- 5) po upływie zawieszenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli opłacanie składek ubezpieczeniowych nie zostało wznowione od okresu rozliczeniowego następującego bezpośrednio po ustaniu przyczyny zawieszenia.

§10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany Ubezpieczonych.
2. Zmiana Ubezpieczonych wchodzi w życie z pierwszym dniem okresu rozliczeniowego następującego po okresie, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń dotyczących poszczególnych współubezpieczonych rozpoczyna się i kończy w tych samych datach, co odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego, w związku z którym zdarzenia ich dotyczące zostały objęte ochroną ubezpieczeniową.

ROZDZIAŁ V**ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA****§11**

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni w przypadku osób fizycznych, albo 7 dni w przypadku przedsiębiorców, od daty otrzymania polisy, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
3. Odstąpienie oraz wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VI**SUMA UBEZPIECZENIA****§12**

Suma ubezpieczenia, będąca górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela, ustalana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VII**SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA****§13**

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki zgodnie z okresem rozliczeniowym oraz w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki ochronnej kalkulowana jest na podstawie danych dotyczących struktury wieku i płci osób zgłaszanych do ubezpieczenia, rodzajów wykonywanych zawodów oraz liczby Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić pierwszą składkę w terminie 15 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Wszystkie kolejne składki powinny być wpłacane z góry, do ostatniego dnia poprzedniego okresu rozliczeniowego, za każdy następny okres rozliczeniowy lub do daty określonej w umowie ubezpieczenia.
4. Składkę uznaje się za opłaconą, jeżeli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela oraz Ubezpieczyciel otrzymał:
 - 1) rozliczenie składek i liczby osób, które mają być objęte ubezpieczeniem,
 - 2) wykaz Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami uczestnictwa oraz innymi wymaganymi dokumentami,
 - 3) wykaz Ubezpieczonych rezygnujących z ubezpieczenia.
5. Składki opłacone za osobę, która nie jest Ubezpieczonym nie wywołują skutków prawnych w zakresie stosunku ubezpieczenia i podlegają zwrotowi.
6. Składka nie ulega zmianie, jeżeli okres obejmowania ochroną ubezpieczeniową jest krótszy niż okres rozliczeniowy.

§14

1. W przypadku nieopłacenia składki w okresie 15 dni od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, za który jest ona należna, Ubezpieczyciel, od pierwszego dnia tego okresu rozliczeniowego, zawiesza obowiązywanie ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem jak w §8 ust. 4.
2. Brak wznowienia opłacania składki przez Ubezpieczającego przed upływem okresu 30 dni, od początku okresu zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej, upoważnia Ubezpieczyciela do rozwiązania umowy ubezpieczenia z datą ostatniego dnia, za który została zapłacona składka.
3. W przypadku zapłaty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela, ochrona ubezpieczeniowa zostaje udzielona począwszy od dnia, w którym nastąpiło jej zawieszenie.

ROZDZIAŁ VIII

KARENCAJA

§15

1. W okresie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem poniższych okresów karencji, w przypadku:
 - 1) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 2) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 3 miesięcy.
2. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną po upływie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, z zastosowaniem poniższych okresów karencji, w przypadku:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego, śmierci współubezpieczonego, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 2) urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - 3) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka, dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 4) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 3 miesięcy;
3. Karencja nie ma zastosowania, jeśli pracownik przystępując do ubezpieczenia rezygnuje z obejmowania go inną umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego, jednak tylko w odniesieniu do rodzajów zdarzeń i do wysokości wypłacanych z ich tytułu świadczeń, które były objęte odpowiedzialnością w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony rezygnuje.

ROZDZIAŁ IX

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§16

1. Na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony, który był objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela przez co najmniej 12 miesięcy i przestał spełniać warunki do uznania go za związanego z Ubezpieczającym, może zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie wniosku o jej zawarcie nie później niż w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach poprzedniej umowy.

ROZDZIAŁ X

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
PRZY WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§17

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego i współubezpieczonych, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, zamieszkach, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
 - 2) wojny, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, działań w ramach wojskowych misji pokojowych w tym tzw. kontyngentów oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych oraz policyjnych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
 - 3) czynnego udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:
 - a) śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - b) śmierci małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - d) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - e) trwałego kalectwa i trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - h) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - i) poważnego zachorowania,
 - j) niezdolności do pracy Ubezpieczonegojeżeli zdarzenia powyższe nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń określonych w ust. 1 lub powstałych wskutek:
 - 1) uprawiania lub udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach rekreacyjnych lub sportowych, za które w szczególności uważa się: sport spadochronowy, wspinaczkę wysokogórską, speleologię, sport balonowy, nurkowanie, skoki na gumowej linie, sporty lotnicze i paralotnicze,
 - 2) udziału Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w charakterze uczestnika w wyścigach, rajdach lub pokazach pojazdów lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) działania lub zaniechania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających lub narkotyków,

- 5) choroby AIDS Ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub zakażenia wirusem HIV i pochodnymi - nie dotyczy poważnych zachorowań Ubezpieczonego i małżonka określonych w §34 i §35,
 - 6) umyślnego samouszkodzenia,
 - 7) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
 - 8) obrażeń ciała Ubezpieczonego lub współubezpieczonego doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 9) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu lub pojazdu nie posiadającego aktualnego badania technicznego i innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, albo po zażyciu leków wykluczających w okresie ich działania prowadzenie pojazdów.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, jeżeli leczenie szpitalne nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń wymienionych w ust. 1 lub 2 albo wskutek:
- 1) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji leczenia oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) ciąży (z wyjątkiem pobytu na oddziale patologii ciąży), usuwania ciąży (z wyjątkiem gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety), porodu (z wyjątkiem porodu patologicznego), położu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie położu),
 - 3) leczenia i zabiegów dentystycznych, chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 4) badań rutynowych i kontrolnych,
 - 5) wad wrodzonych i ich następstw,
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie.

ROZDZIAŁ XI

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§18

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ XII

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§19

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

§20

1. Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia uznanego za śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostaje pomniejszona o wypłacone wcześniej świadczenie w związku z:
 - 1) trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) trwałym kalectwem lub trwałą całkowitą niezdolnością do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku.
2. Łączna wysokość świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zdarzenia śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego kalectwa lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wysokości świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XIII

ŚMIERĆ WSPÓLUBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§21

1. Z tytułu śmierci małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć małżonka nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

§22

1. Z tytułu śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli dziecko nie przekroczyło 25 roku życia, a śmierć dziecka nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.

ROZDZIAŁ XIV

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

§23

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.
3. Zdarzenie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem równoczesnego lub wcześniejszego objęcia ochroną przez Ubezpieczyciela śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XV

ŚMIERĆ WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§24

Z tytułu śmierci małżonka, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§25

Z tytułu śmierci dziecka, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 25 roku życia.

§26

Z tytułu śmierci rodzica, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

§27

Z tytułu śmierci teścia, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ XVI

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§28

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, który wystąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu.
2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela i orzekającą na podstawie procedur przyjętych przez Ubezpieczyciela, w oparciu o Tabelę Procentowej Oceny Stałego lub Długotrwałego Uszczerbku na Zdrowiu. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.

§29

1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nie leczony, trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się po sześciu miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli trwałym uszczerbkiem dotknięty został organ, narząd lub układ, których funkcje wcześniej już były upośledzone, procent trwałego uszczerbku określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem, a stanem po nieszczęśliwym wypadku.
3. Z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku może zostać orzeczone maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ROZDZIAŁ XVII

**TRWAŁE KALECTWO LUB TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY
UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****§30**

- Z tytułu trwałego kalectwa lub niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które to zdarzenia wystąpiły w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia wyliczonego na podstawie procentu sumy ubezpieczenia określonego w §31.
- Za trwałe kalectwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rozumie się:
 - całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad poszczególnymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego a poniżej stawu barkowego, poniżej stawu łokciowego a powyżej nadgarstka, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego, poniżej stawu kolanowego a powyżej środkowej części podudzia, poniżej środkowej części podudzia a powyżej stopy, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
 - całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.

§31

- Z tytułu trwałego kalectwa lub niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu:
 - 100% sumy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do pracy,
 - określony w tabeli procent sumy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony doznał trwałego kalectwa.
- Z tytułu trwałego kalectwa Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za następujące rodzaje uszkodzeń ciała w wysokości:

Całkowita utrata:	Procent sumy ubezpieczenia
1. Wzroku w obu oczach	100%
2. Wzroku w jednym oku	30%
3. Słuchu w obu uszach	60%
4. Słuchu w jednym uchu	15%
5. Węchu	10%

Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent sumy ubezpieczenia
6. Kończyną górną - w stawie barkowym	70%
7. Kończyną górną - powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65%
8. Kończyną górną - poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60%
9. Kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
10. Kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
11. Kończyną dolną - poniżej środkowej części uda, a powyżej stawu kolanowego	60%
12. Kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części podudzia	50%
13. Kończyną dolną - poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45%
14. Kończyną dolną - stopą	40%
15. Kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%

Całkowita utrata:	Procent sumy ubezpieczenia
16. Kciuka	20%
17. Palca wskazującego	10%
18. Innego palca u ręki	5%
19. Palucha	5%
20. Innego palca u stopy	2%

- Suma świadczeń wypłaconych z tytułu wszystkich zdarzeń trwałego kalectwa powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy niezdolność do pracy, w związku z którą Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia wynika z utraty lub utraty władzy nad narządem Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę wypłaconą tytułem trwałego kalectwa.
- Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w wysokości większej z kwot.
- Jeżeli trwałym kalectwem dotknięty został narząd lub układ, za który wcześniej zostało wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę uprzednio wypłaconą.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli trwałe kalectwo lub niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi przed upływem sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XVIII

**ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU
MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU****§32**

- Z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zdarzenia w postaci zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które wystąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej wystąpienie tych zdarzeń, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 30 dni od daty zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu będącego bezpośrednią przyczyną śmierci.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

ROZDZIAŁ XIX

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§33

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zdarzenia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które wystąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej wystąpienie tych zdarzeń, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu.
2. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony przez komisję lekarską powołaną przez Ubezpieczyciela i orzekającą na podstawie procedur przyjętych przez Ubezpieczyciela, w oparciu o Tabelę Procentowej Oceny Stałego lub Długotrwałego Uszczerbku na Zdrowiu. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
4. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nie leczony trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się po sześciu miesiącach od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
6. Jeżeli trwałym uszczerbkiem dotknięty został organ, narząd lub układ, których funkcje wcześniej już były upośledzone, procent trwałego uszczerbku określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed zdarzeniem, a stanem po zdarzeniu.
7. Z tytułu jednego zdarzenia uznanego za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może zostać wypłacone maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.
8. Zdarzenie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem równoczesnego lub wcześniejszego objęcia ochroną przez Ubezpieczyciela śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wygasa w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

ROZDZIAŁ XX

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§34

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z wymienionych poniżej rodzajów poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem Ubezpieczonego:
 - a. nowotwór,
 - b. zawał mięśnia sercowego,
 - c. udar mózgu,
 - d. niewydolność nerek,
 - e. chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - f. przeszczep narządu,
 - g. utrata wzroku,
 - h. utrata mowy,
 - i. ciężkie oparzenie,
 - j. zakażenie wirusem HIV.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia, zostaje ograniczona do następujących rodzajów zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek i ciężkie oparzenie.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.

ROZDZIAŁ XXI

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA

§35

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u małżonka przynajmniej jednego z wymienionych poniżej rodzajów poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem małżonka:
 - a. nowotwór,
 - b. zawał mięśnia sercowego,
 - c. udar mózgu,

- d. niewydolność nerek,
 - e. chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - f. przeszczep narządu,
 - g. utrata wzroku,
 - h. utrata mowy,
 - i. ciężkie oparzenie,
 - j. zakażenie wirusem HIV.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli małżonek będzie pozostawał przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.
 3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania małżonka w dniu, w którym małżonek kończy 60 rok życia, zostaje ograniczona do następujących rodzajów zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek i ciężkie oparzenie.
 4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u małżonka Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.

ROZDZIAŁ XXII

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

§36

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 1, a nie ukończyło 18 roku życia, przynajmniej jednego z wymienionych rodzajów poważnych zachorowań w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie poniższych zdarzeń względem dziecka Ubezpieczonego:
 - a. nowotwór,
 - b. niewydolność nerek,
 - c. chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
 - d. przeszczep narządu,
 - e. utrata wzroku,
 - f. utrata mowy,
 - g. ciężkie oparzenie,
 oraz
 - h. niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem, trwająca co najmniej sześć miesięcy,
 - i. cukrzyca - cukrzyca nabyta insulinowo zależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej trzy miesiące,
 - j. śpiączka - stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych, trwający co najmniej 96 godzin oraz pozostawiający trwale ubytki neurologiczne.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli dziecko będzie pozostawało przy życiu przez 30 dni od daty zdarzenia.

3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.

ROZDZIAŁ XXIII

URODZENIE DZIECKA

§37

1. Z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka zostanie wypłacone, jeżeli dziecko urodziło się żywe, a w akcie urodzenia dziecka Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

ROZDZIAŁ XXIV

URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

§38

1. Z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie zostanie zarejestrowane jako urodzenie martwego dziecka, a w akcie urodzenia Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic.

ROZDZIAŁ XXV

OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§39

1. Z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmującej swym zakresem wystąpienie takiego zdarzenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia każdemu z dzieci Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego należne jest każdemu dziecku, które nie ukończyło 25 roku życia w chwili śmierci Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ XXVI**LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO****§40**

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, skutkujących w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela zastosowaniem leczenia szpitalnego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa może obejmować dodatkowo zdarzenia skutkujące zastosowaniem leczenia sanatoryjnego.
2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego jest należne, jeżeli leczenie szpitalne trwało nieprzerwanie cztery kolejne dni.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego jest wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego.
4. W przypadku, gdy przyczyną leczenia szpitalnego był nieszczęśliwy wypadek, świadczenie za pierwsze 14 dni leczenia szpitalnego ulega zwiększeniu o kwotę określoną w umowie ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego może być rozszerzona o świadczenia dodatkowe, w ramach których:
 - 1) OIOM - Ubezpieczyciel wypłaca określone w umowie ubezpieczenia świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego na OIOM. Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 16 dni pobytu na OIOM, o ile Ubezpieczony od pierwszego dnia leczenia szpitalnego przebywa na OIOM,
 - 2) operacja chirurgiczna - Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu określone w umowie ubezpieczenia świadczenie w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jakiegokolwiek operacji chirurgicznej w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem uprawnienia do otrzymania świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego,
 - 3) sanatorium - Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia, w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tylko jeden raz pomiędzy kolejnymi rocznicami polis,
 - 4) rekonwalescencja - Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie określone w umowie ubezpieczenia w przypadku leczenia szpitalnego trwającego co najmniej przez okres 16 kolejnych dni, pod warunkiem uprawnienia do otrzymania świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
6. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego pomiędzy kolejnymi rocznicami polis.
7. Na wniosek Ubezpieczonego w trakcie leczenia szpitalnego może nastąpić częściowa wypłata świadczenia po

30 dniach leczenia szpitalnego, pod warunkiem udokumentowania leczenia zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela.

8. W dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego zostaje ograniczona do leczenia szpitalnego w celu leczenia doznanych obrażeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XXVII**NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO****§41**

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do pracy Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego może być wypłacone danemu Ubezpieczonemu tylko jeden raz.
3. W dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 60 roku życia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostaje ograniczona do niezdolności będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

ROZDZIAŁ XXVIII**UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE****§42**

1. Ubezpieczyciel prowadzi dla każdego Ubezpieczonego indywidualny rachunek inwestycyjny, na którym rejestrowane są wpłaty składki podstawowej i składki dodatkowej oraz ewidencjonowane są jednostki funduszy nabyte za środki pochodzące z alokowanej części tych składek.
2. Składka podstawowa podlega alokacji po jej pomniejszeniu o opłaty administracyjne.
3. Zasady i terminy alokacji, rodzaje i wysokość opłat administracyjnych oraz zasady ich pobierania określa Regulamin oraz Tabela opłat i limitów.
4. Indywidualny rachunek inwestycyjny jest podzielony na subkonta dla środków wpłaconych z tytułu składki podstawowej i składki dodatkowej.
5. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie prawa do wartości rachunku przysługują Ubezpieczonemu.

§43

1. Ubezpieczony dokonuje wyboru funduszy spośród zaproponowanych przez Ubezpieczyciela w celu zainwestowania środków pochodzących ze składki podstawowej oraz składki dodatkowej oraz określa procentowy podział wpłaconych środków pomiędzy wybrane fundusze.

2. Procentowy podział wpłacanych środków pieniężnych pomiędzy poszczególne fundusze jest zawsze jednakowy dla składki podstawowej oraz składki dodatkowej.
3. Ubezpieczony może dokonać zmiany funduszy, spośród oferowanych przez Ubezpieczyciela i zmiany procentowego podziału wpłacanych środków z tytułu składki podstawowej oraz składki dodatkowej pomiędzy poszczególne fundusze. Zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej płatności tych składek, która ma miejsce po złożeniu oświadczenia przez Ubezpieczonego.
4. Każdorazowa dyspozycja dotycząca zmiany procentowego podziału wpłacanych środków pomiędzy poszczególne fundusze ma zastosowanie zarówno dla składki podstawowej, jak również dla składki dodatkowej.
5. Wysokość i zasady pobierania opłat z tytułu dokonania zmiany, o której mowa w ust. 2 określa Tabela opłat i limitów.

§44

1. Ubezpieczony ma prawo do przeniesienia całości lub części środków posiadanych w ramach funduszy do innych funduszy oferowanych przez Ubezpieczyciela.
2. Minimalną wartość przenoszonych jednostek funduszu oraz w przypadku częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek funduszu pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano przeniesienia, określa Tabela opłat i limitów.
3. Zasady przeniesienia środków, którym mowa w ust. 1 oraz wysokość i zasady pobierania opłat z tego tytułu określa Regulamin oraz Tabela opłat i limitów.

§45

1. Ubezpieczony ma prawo do całkowitego lub częściowego wykupu jednostek funduszy.
2. W przypadku częściowego wykupu jednostek funduszy, minimalną wartość wykupu określa Tabela opłat i limitów.
3. Całkowity lub częściowy wykup jest realizowany na zasadach określonych w Regulaminie.
4. Wypłata całkowitej lub częściowej wartości wykupu ma miejsce w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku Ubezpieczonego o dokonanie wykupu.
5. Zasady dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 1 oraz wysokość i zasady pobierania opłat z tego tytułu określa Regulamin oraz Tabela opłat i limitów.

§46

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wartości rachunku, niezależnie od innych świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia.
2. Wartość rachunku ustalana jest według ilości i wartości jednostek funduszu z najbliższego dnia wyceny następującego po dniu, w którym Uposażony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§47

1. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu wartość rachunku.
2. Wartość rachunku wypłacana w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 60 lat lub w przypadku nabycia przez niego prawa do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego, stanowi świadczenie wypłacane z umowy ubezpieczenia.
3. Przy wypłacie wartości rachunku stosuje się odpowiednio postanowienia §45 dotyczące całkowitego lub częściowego wykupu jednostek funduszy.

§48

Ubezpieczyciel jest uprawniony do pobrania opłat za zarządzanie funduszami. Wysokość i zasady pobierania opłat z tego tytułu określa Regulamin oraz Tabela opłat i limitów.

ROZDZIAŁ XXIX

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§49

1. W razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca należne świadczenie uposażonemu.
2. Ubezpieczony może wskazać uposażonego w deklaracji uczestnictwa.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zmienić uposażonego.

§50

W przypadku śmierci jednego lub kilku uposażonych, przypadający im udział powiększa udział w świadczeniu pozostałym uposażonym w proporcji do ich udziałów.

§51

W przypadku, gdy nie została określona proporcja podziału świadczenia lub suma wskazań procentowych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że uposażeni mają równy udział w świadczeniu.

§52

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonego, albo, gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

- 1) małżonek - w całości,
- 2) dzieci - w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka,
- 3) rodzice - w równych częściach, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
- 4) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego - w równych częściach, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt. 1) -3).

§53

Nie ma prawa do świadczenia osoba, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

§54

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia złożony na formularzu Ubezpieczyciela,
- 2) potwierdzenie ubezpieczenia,
- 3) skrócony odpis aktu zgonu (lub potwierdzona kopia) Ubezpieczonego lub współubezpieczonego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu śmierci, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, małżonka czy dziecka Ubezpieczonego,
- 4) karta zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego lub współubezpieczonego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu śmierci,
- 5) kompletna dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku i leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
- 6) kompletna dokumentacja dotycząca leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu poważnego zachorowania,
- 7) karta pobytu w szpitalu potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (zawierającą informację o pobycie na OIOM oraz przebytych operacjach) w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego,
- 8) skierowanie do sanatorium zatwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawierające datę zatwierdzenia,
- 9) dokument tożsamości osoby występującej z roszczeniem o wypłatę świadczenia,
- 10) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

§55

1. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, zobowiązany jest wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
2. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 1, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, stanowią podstawę do podjęcia decyzji w sprawie wypłaty świadczenia.

§56

W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu oraz śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu na

skutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednoznacznie, które ze zdarzeń jest bezpośrednią przyczyną śmierci albo odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci tytułem tego zdarzenia jedno, wyższe ze świadczeń.

§57

1. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel poinformuje wnioskującego o świadczenie w terminie siedmiu dni o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz dokumentów, które ten winien załączyć, niezbędnych do rozpatrzenia wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do rozpatrzenia wniosku o świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w powyższym terminie, wnioskujący zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn.
3. Świadczenie zostanie spełnione w terminie czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie, o którym mowa w ust. 2.
4. Jeżeli świadczenie z tytułu złożonego wniosku nie przysługuje, lub przysługuje w innej wysokości niż wynikałoby to z zawartej umowy ubezpieczenia lub złożonego wniosku, Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie o tym fakcie Ubezpieczonego lub uprawnionego, wskazując na podstawę prawną.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wyniku własnych ustaleń dokonywanych w postępowaniu wyjaśniającym.

§58

W przypadku nieopłacenia składki w należytą wysokość, wysokość świadczenia wypłacanego przez Ubezpieczyciela ulega obniżeniu o wysokość nieopłaconej składki.

§59

Świadczenia wypłacane są na rachunek bankowy osób uprawnionych do ich otrzymania lub w inny, uzgodniony z nimi, sposób.

ROZDZIAŁ XXX**SPOSÓB ROZPATRYWANIA ODWOŁAŃ, SKARG I WNIOSKÓW****§60**

1. Od merytorycznej decyzji Ubezpieczyciela w sprawie wysokości przyznanego świadczenia lub odmowy przyznania świadczenia, uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Odwołania są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

3. Nadto Ubezpieczający, Ubezpieczony, współubezpieczony i uprawniony, w innych sprawach niż opisane w ust 1, mogą zgłaszać do Ubezpieczyciela skargi i zażalenia.
 4. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
 5. O zakwalifikowaniu otrzymanego pisma jako odwołania bądź skargi lub zażalenia decyduje treść otrzymanego pisma.
2. Strony mogą wprowadzić do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Ogólnych Warunkach.
 3. Spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej lub dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ XXXI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

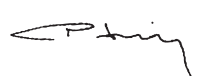
§61

1. Opodatkowanie świadczeń jest uregulowane przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.).

§62

Niniejsze Ogólne Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela Nr 1/Z/2005 r. w dniu 4 stycznia 2005 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po dniu 1 lutego 2005 r.

Prezes Zarządu

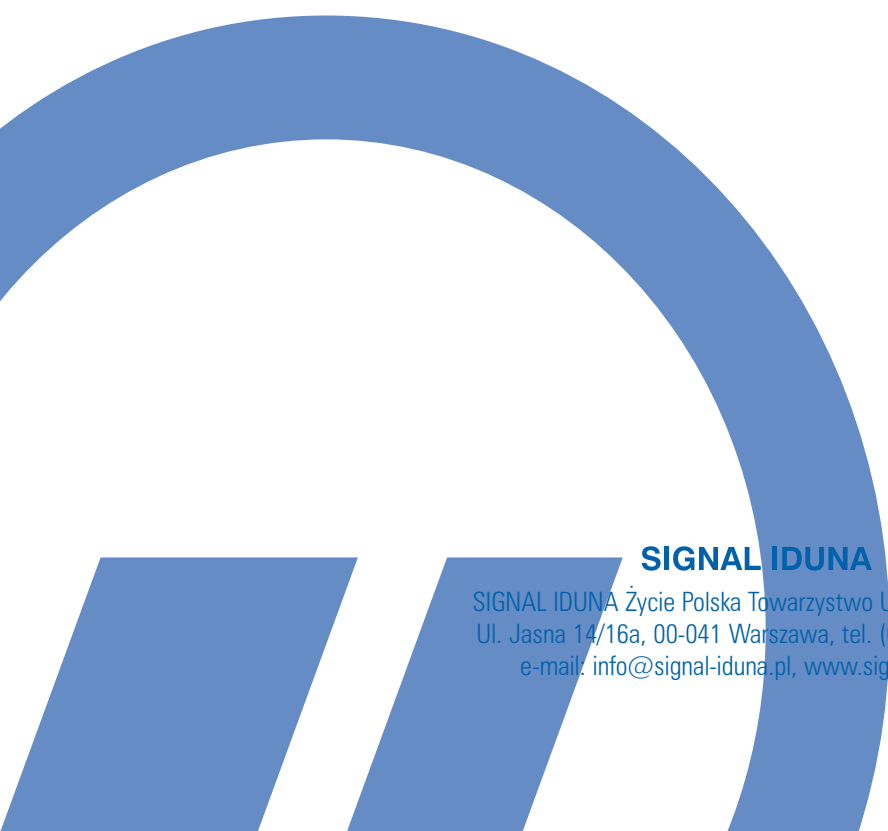


Alojzy Choda

Wiceprezes Zarządu



Leslie J. Breer



SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Ul. Jasna 14/16a, 00-041 Warszawa, tel. (0 22) 505 61 00
e-mail: info@signal-iduna.pl, www.signal-iduna.pl

SIGNAL IDUNA



**OGÓLNE
WARUNKI
GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA
ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYMI
FUNDUSZAMI
KAPITAŁOWYMI
„MULTIOCHRONA”**

