Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 7
Artykuł 2 Definicje ... 7
Artykuł 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia ... 7
Artykuł 4 Zawarcie Umowy ... 7
Artykuł 5 Przystępowanie do Umowy ... 8
Artykuł 6 Czas trwania Umowy ... 8
Artykuł 7 Ubezpieczenie bezskładkowe ... 8
Artykuł 8 Rozwiązanie Umowy ... 8
Artykuł 9 Prawa i obowiązki stron ... 8
Artykuł 10 Zmiany Umowy ... 9
Artykuł 11 Składka ... 9
Artykuł 12 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 9
Artykuł 13 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 10
Artykuł 14 Uprawnieni do świadczenia ... 10
Artykuł 15 Indywidualna kontynuacja ... 11
Artykuł 16 Postanowienia końcowe ... 11

Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 12
Artykuł 2 Definicje ... 12
Artykuł 3 Zakres Umowy Dodatkowej ... 12
Artykuł 4 Zawarcie Umowy Dodatkowej ... 12
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 12
Artykuł 6 Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie jej postanowień ... 12
Artykuł 7 Składki ... 12
Artykuł 8 Fundusze ... 13
Artykuł 9 Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek ... 13
Artykuł 10 Zmiany funduszy ... 14
Artykuł 11 Wypłaty ... 14
Artykuł 12 Opłaty ... 15
Artykuł 13 Postanowienia końcowe ... 15

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 16
Artykuł 2 Definicje ... 16
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 16
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 16
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 16
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 16
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 16
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 16
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 16
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 17
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 17

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 18
Artykuł 2 Definicje ... 18
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 18
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 18
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 18
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 18
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 18
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 18
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 18
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 19
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 19

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 20
Artykuł 2 Definicje ... 20
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 20
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 20
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 20
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 20
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 20
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 20

Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 20
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 21
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 21

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 22
Artykuł 2 Definicje ... 22
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 22
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 22
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 22
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 22
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 22
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 22
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 22
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 23
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 23

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 24
Artykuł 2 Definicje ... 24
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 24
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 24
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 24
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 24
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 24
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 24
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 24
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 25
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 25

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Wariant I
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 26
Artykuł 2 Definicje ... 26
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 26
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 26
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 26
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 26
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 26
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 26
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 27
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 27
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 27

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Wariant II
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 28
Artykuł 2 Definicje ... 28
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 28
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 29
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 29
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 29
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 29
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 29
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 29
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 29
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 30

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 31
Artykuł 2 Definicje ... 31
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 31
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 31
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 31
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 31
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 31
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 31
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 31
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 32
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 32

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 33
Artykuł 2 Definicje ... 33
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 33
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 33
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 33
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 33
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 33
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 34
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 34
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 34
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 35

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Ubezpieczonego

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 36
Artykuł 2 Definicje ... 36
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 37
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 37
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 37
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 37
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 37
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 37
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 37
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 38
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 38

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Współmałżonka

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 39
Artykuł 2 Definicje ... 39
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 40
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 40
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 40
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 40
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 40
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 40
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 40
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 41
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 41

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 42
Artykuł 2 Definicje ... 42
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 42
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 42
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 42
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 42
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 42
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 42
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 43
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 43
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 43
Katalog operacji chirurgicznych ... 44

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 52
Artykuł 2 Definicje ... 52
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 52
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 52
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 52
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 52
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 53
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 53
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 53
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 54
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 54

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 55
Artykuł 2 Definicje ... 55

Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 55
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 55
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 55
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 55
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 55
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 56
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 56
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 56
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 56

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 58
Artykuł 2 Definicje ... 58
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 58
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 58
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 58
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 58
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 58
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 59
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 59
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 59
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 60

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 61
Artykuł 2 Definicje ... 61
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 61
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 61
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 61
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 61
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 61
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 61
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 62
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 62
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 62

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 64
Artykuł 2 Definicje ... 64
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 64
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 64
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 64
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 64
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 64
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 64
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 64
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 64
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 65

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 66
Artykuł 2 Definicje ... 66
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 66
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 66
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 66
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 66
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 66
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 66
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 66
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 67
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 67

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodziców
Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 68
Artykuł 2 Definicje ... 68
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 68
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 68
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 68
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 68
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 68

Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 68
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 68
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 69
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 69

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Teściów

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 70
Artykuł 2 Definicje ... 70
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 70
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 70
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 70
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 70
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 70
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 70
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 70
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 71
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 71

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 72
Artykuł 2 Definicje ... 72
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 72
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 72
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 72
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 72
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 72
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 72
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 72
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 72
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 73

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 74
Artykuł 2 Definicje ... 74
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 74
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 74
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 74
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 74
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 74
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 74
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 74
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 74
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 75

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 76
Artykuł 2 Definicje ... 76
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 76
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 76
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 76
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 76
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 76
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 76
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 76
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 76
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 77

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka

Artykuł 1 Postanowienia ogólne ... 78
Artykuł 2 Definicje ... 78
Artykuł 3 Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej ... 78
Artykuł 4 Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej ... 78
Artykuł 5 Czas trwania Umowy Dodatkowej ... 78
Artykuł 6 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej ... 78
Artykuł 7 Suma ubezpieczenia i składka ... 78
Artykuł 8 Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa ... 78
Artykuł 9 Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa ... 78
Artykuł 10 Wypłata świadczenia ... 78
Artykuł 11 Postanowienia końcowe ... 79

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX

Nr 1/2005

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, zwane dalej OWU, stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia na życie, zawieranych przez Ubezpieczających z Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółką Akcyjną, zwaną dalej Towarzystwem.

Artykuł 2
Definicje

Użyte w OWU określenia oznaczają:
Ubezpieczający - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
Ubezpieczony - osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy, pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku zatrudnienia, członkostwa, bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo;
Uposażony - osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
Umowa - umowa ubezpieczenia zawierana na wniosek Ubezpieczającego na podstawie OWU lub na podstawie OWU i Umów Dodatkowych, potwierdzona przez Towarzystwo polisą;
Umowa Podstawowa - umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU;
Umowa Dodatkowa - umowa rozszerzająca postanowienia Umowy Podstawowej o dodatkowy zakres ochrony ubezpieczeniowej lub o zasady inwestowania w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym. Warunki Umów Dodatkowych określają oddzielne ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego oraz warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
polisa - dokument potwierdzający zawarcie Umowy oraz jej warunki;
certyfikat - dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy, wystawiany dla każdego Ubezpieczonego;
suma ubezpieczenia - określona w certyfikacie kwota lub krotność wynagrodzenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
składka ochronna - określona w certyfikacie kwota lub krotność wynagrodzenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym;
składka inwestycyjna - określona w certyfikacie kwota lub krotność wynagrodzenia, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, należna za Ubezpieczonego w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile zawarta została Umowa Dodatkowa w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
składka całkowita - suma składek ochronnych i inwestycyjnych należnych za wszystkich Ubezpieczonych;
rocznica polisy - każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku ubezpieczenia;
okres ubezpieczenia - okres wyznaczony przez daty początku i końca okresu ubezpieczenia, określone w polisie;
miesiąc polisy - miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;
okres rozliczeniowy - okres pomiędzy kolejnymi terminami wymagalności składki, określonymi w polisie;
karencja - wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa w przypadkach określonych w OWU oraz w ogólnych warunkach Umów Dodatkowych;
nieszczęśliwy wypadek - przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
wiek - liczba ukończonych pełnych lat życia, w dniu w którym wiek jest liczony;
limit automatycznej akceptacji - maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, którą Towarzystwo może przyznać Ubezpieczonemu bez dokonywania oceny ryzyka medycznego;
prolongata - określony w polisie okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej pomimo nieopłacenia składki ochronnej w terminie wymagalności składki, pod warunkiem opłacenia jej przed upływem tego okresu. Okres prolongaty liczony jest od terminu wymagalności nieopłaconej składki ochronnej.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, Umowa Podstawowa może być rozszerzona o Umowy Dodatkowe.
4. Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą Towarzystwa, dopuszcza się utworzenie podgrup Ubezpieczonych, zróżnicowanych pod względem zakresu ubezpieczenia i innych warunków ubezpieczenia, przy zastosowaniu zaakceptowanych przez Towarzystwo kryteriów podziału na podgrupy.
5. Ubezpieczony w danym czasie może być objęty ubezpieczeniem w ramach jednej podgrupy.

Artykuł 4
Zawarcie Umowy

1. Warunkiem zawarcia Umowy jest opłacenie pierwszej składki całkowitej oraz złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów:
   1) wniosku o zawarcie Umowy;
   2) kompletu deklaracji przystąpienia podpisanych przez Ubezpieczonych;
   3) wykazu osób, za które opłacono pierwszą składkę całkowitą;
   4) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
2. Umowę uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy.
3. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1, w znaczący sposób różnią się od tych, na podstawie których Towarzystwo przygotowało ofertę ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 14 dni od dostarczenia ww. dokumentów, zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji, bądź odmówić zawarcia Umowy, o czym poinformuje Ubezpieczającego na piśmie.

4. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu pierwszą składkę całkowitą w pełnej wysokości.

Artykuł 5
Przystępowanie do Umowy

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która pozostaje w stosunku prawnym z Ubezpieczającym, nie przebywa na zwolnieniu lekarskim oraz spełnia dodatkowe warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Towarzystwo oraz podane w polisie.
2. Za datę nabycia przez Ubezpieczonego prawa przystąpienia do Umowy uważa się najbliższy termin wymagalności składki, następujący po dniu, w którym spełnione zostały warunki wymienione w ust. 1.
3. Osoba przystępująca do Umowy składa deklarację przystąpienia oraz inne dokumenty, o ile Towarzystwo uzna je za zasadne.
4. Jeżeli wnioskowana suma ubezpieczenia przekracza określony przez Towarzystwo limit automatycznej akceptacji, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Koszt badań medycznych ponosi Towarzystwo.
5. Towarzystwo ma prawo, na podstawie zebranych dokumentów, nie wyrazić zgody na przyjęcie zgłoszonej osoby do Umowy lub zaproponować inne warunki ubezpieczenia, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
6. W przypadku nie wyrażenia zgody na przyjęcie zgłoszonej osoby do ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu przekazaną za daną osobę składkę w pełnej wysokości.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania innych warunków ubezpieczenia osobom, które w dniu zawarcia umowy ukończyły 65 lat.
8. Za datę przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy uważa się najbliższy termin wymagalności składki następujący po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia Ubezpieczonego, pod warunkiem opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki w okresie prolongaty.
9. Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
10. W przypadku przedłużenia Umowy na kolejny okres, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji przystąpienia.

Artykuł 6
Czas trwania Umowy

1. Umowa zawierana jest pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na okres jednego roku liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia.
2. Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta. Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego jest równoznaczne z wyrażeniem woli nieprzedłużania Umowy na kolejny okres roczny.

Artykuł 7
Ubezpieczenie bezskładkowe

1. W przypadku powstania 3 miesięcznej zaległości w opłacaniu składki całkowitej, liczonej wraz z okresem prolongaty, ubezpieczenie zostanie przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe, przy czym datą początku ubezpieczenia bezskładkowego jest dzień upływu okresu rozliczeniowego, za który opłacono ostatnią składkę ochronną.
2. Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe możliwe jest również na wniosek Ubezpieczającego.
3. Przekształcenie, o którym mowa w ust. 2, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po złożeniu w Towarzystwie wniosku w tej sprawie.
4. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, a składka nie jest należna.
5. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej następuje na wniosek Ubezpieczającego z zastosowaniem 6 miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty wznowienia ochrony ubezpieczeniowej, o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej.
6. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
7. W przypadku wznowienia ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany warunków ubezpieczenia, jeżeli z posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych wynika, że ryzyko ubezpieczeniowe związane ze wznowieniem ochrony ubezpieczeniowej odbiega od ryzyka, na podstawie którego ustalono warunki ubezpieczenia przed przekształceniem w ubezpieczenie bezskładkowe.

Artykuł 8
Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może być w każdym czasie rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia z zastrzeżeniem Art. 6, ust. 2.
2. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się w 1. dniu miesiąca polisy następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Towarzystwo ma prawo wypowiedzenia Umowy z powodu nieopłacania przez Ubezpieczającego składek, w tym przypadku Umowa ulega rozwiązaniu z dniem dostarczenia Ubezpieczającemu wypowiedzenia, o ile Umowa nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
4. Wypowiedzenie Umowy Podstawowej jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umów Dodatkowych.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni.
6. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy, Towarzystwo zwraca mu składkę pomniejszoną o część odpowiadającą okresowi, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 9
Prawa i obowiązki stron

1. Ubezpieczający jest zobowiązany:
   1) udostępnić Ubezpieczonym, przed odebraniem od nich deklaracji przystąpienia, OWU będących podstawą zawarcia Umowy;
   2) udostępniać Ubezpieczonym polisę;
   3) informować Towarzystwo o zmianie wszelkich danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych;

4) przekazywać do Towarzystwa składki całkowite; w przypadku składek pochodzących ze środków finansowych Ubezpieczonych w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty ich potrącenia z wynagrodzenia lub wpłacenia przez Ubezpieczonych;
5) przekazywać do Towarzystwa, jednocześnie z przekazaniem składki całkowitej, rozliczenie składek wraz z odpowiednimi wykazami Ubezpieczonych, którzy przystąpili lub wystąpili z Umowy;
6) informować Ubezpieczonych o wszelkich zmianach Umowy;
7) przekazywać na wniosek Towarzystwa inne dokumenty;
8) wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie Umowy przez Ubezpieczającego oraz poinformować Ubezpieczonych i Towarzystwo o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby.

2. Towarzystwo jest zobowiązane:
1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane Umową;
2) przekazywać Ubezpieczającemu pisemne informacje dotyczące zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu Umowy;
3) informować Ubezpieczonych o zmianach warunków Umowy dotyczących zakresu ochrony oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek;
4) informować Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionych o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o ile zdarzenie zostanie zgłoszone;
5) zawiadamiać uprawnionych, którzy zgłosili roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
6) udostępniać Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość zobowiązań z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo nieudostępniania informacji i dokumentów, których udostępnienie byłoby sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający ma prawo przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez Towarzystwo.

Artykuł 10
Zmiany Umowy

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do Umowy mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w Umowie są dokonywane w drodze rokowań i potwierdzane w formie pisemnej, z wyjątkiem zmian, których dopuszczalny zakres określono w Umowie.
3. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego którejkolwiek z Umów Dodatkowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do 14-dniowego terminu na przedstawienie Ubezpieczającemu nowej wysokości składki z tytułu Umowy.
4. Na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych (takich jak wiek, płeć i wynagrodzenia osób w grupie, wykonywane zawody oraz liczebność grupy), Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej, obowiązującej w następnym roku polisowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 50 dni przed rocznicą polisy. W przypadku nie wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na podwyższenie składki ochronnej, Towarzystwo ma prawo do obniżenia sumy ubezpieczenia.
5. Na 30 dni przed każdą rocznicą polisy Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku i za zgodą Towarzystwa, może zmienić: zakres Umowy, wysokości sum ubezpieczenia i składki, częstotliwość opłacania składek, kryterium podziału na podgrupy.

Artykuł 11
Składka

1. Obowiązek opłacania składek całkowitych istnieje przez cały czas trwania Umowy.
2. Towarzystwo ustala wysokość składki ochronnej z tytułu Umowy w zależności od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości wynagrodzeń, częstotliwości opłacania składek oraz liczby, struktury wiekowej, płciowej i zawodowej osób przystępujących do Umowy.
3. Składka może pochodzić ze środków finansowych Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
4. Składkę całkowitą uważa się za opłaconą następnego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo kwotą w wysokości należnej składki całkowitej.
5. Wysokość składki należnej z tytułu Umowy oraz częstotliwość i termin jej wymagalności określone są w polisie.
6. Składka całkowita opłacana jest przez Ubezpieczającego z góry, w pełnej wymaganej kwocie.
7. W przypadku zaległości w opłacaniu całości lub części składki całkowitej, Towarzystwo ma prawo wezwać Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin oraz informując o skutku nieopłacenia składki.
8. W przypadku zaległości w opłacaniu składek, wpłacane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości z tytułu składki ochronnej, z zastrzeżeniem Art. 7.
9. Terminem wymagalności składki jest data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki. Jeżeli nie ma takiego dnia, terminem wymagalności składki jest ostatni dzień kończący okres, za który składka ochronna była ostatnio należna.

Artykuł 12
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od daty wskazanej w certyfikacie, z zastrzeżeniem postanowień Art. 13.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
1) otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy;
2) śmierci Ubezpieczonego;
3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę w przypadku:
a) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy;

b) ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym;
4) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej lub Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
5) upływu okresu trwania Umowy w przypadku jej nieprzedłużenia;
6) upływu okresu wypowiedzenia Umowy;
7) zaległości w opłacaniu składek po upływie okresu prolongaty.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy może zostać wznowiona z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w przypadku uzupełnienia zaległości w opłacaniu składek całkowitych przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych może zostać wznowiona po okresie ubezpieczenia bezskładkowego, bez zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, z zachowaniem postanowień Art. 7, ust. 5. - 7.
5. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej po okresie ubezpieczenia bezskładkowego następuje począwszy od najbliższego terminu wymagalności składki, następującego po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wznowienia ochrony oraz po opłaceniu składki całkowitej.

Artykuł 13
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
2. W przypadkach karencji opisanych w Umowach Dodatkowych, stosuje się następującą zasadę: w stosunku do osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), upływ okresu karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy jest nie dłuższy niż 1 miesiąc. Niezależnie od powyższych postanowień, karencję stosuje się do nadwyżki sumy ubezpieczenia oraz rozszerzonego zakresu ochrony, w stosunku do tych, które obowiązywały z tytułu wcześniejszej umowy.
3. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Karencję z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych stosuje się w odniesieniu do Ubezpieczonych przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy. Okres karencji wynosi 6 miesięcy, o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej i liczony jest od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy. W stosunku do osób, których jednocześnie dotyczą zapisy ust. 2, stosuje się karencję dotyczącą nadwyżki sumy ubezpieczenia i rozszerzonego zakresu ochrony. Postanowienia ust. 3. stosuje się odpowiednio.

Artykuł 14
Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonemu.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych w deklaracji oraz ma prawo w każdym czasie ich zmienić.
3. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem procentowego ich udziału w świadczeniu.
4. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, wówczas przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

Artykuł 15
Wypłata świadczenia

1. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) certyfikat;
   3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   4) akt zgonu Ubezpieczonego;
   5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem lub jeżeli śmierć nastąpiła w pierwszym roku od początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
2. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1.
3. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia wniosku o wypłatę.
4. W przypadku gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 3.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zdarzeniem, należnych z tytułu wszystkich Umów

Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem Umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość jednego, najwyższego świadczenia z tytułu wszystkich umów dodatkowych, należnego w związku z tym zdarzeniem, o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej.

7. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego Ubezpieczonego.

Artykuł 16
Indywidualna kontynuacja

1. W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy z powodu ustania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym, bądź rozwiązania Umowy, Ubezpieczony ma prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
   1) Ubezpieczony złoży w Towarzystwie w tej sprawie wniosek przed upływem 3 miesięcy od daty zajścia któregokolwiek z ww. zdarzeń, powodującego wygaśnięcie w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez okres co najmniej 12 miesięcy; w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego (wcześniejsza umowa), upływ okresu ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy, pod warunkiem, że okres od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy do daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy jest nie dłuższy niż 1 miesiąc.
2. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia polega na zawarciu z Ubezpieczonym umowy indywidualnego, kontynuowanego ubezpieczenia na życie, na warunkach przedstawionych przez Towarzystwo, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, pkt 1).

Artykuł 17
Postanowienia końcowe

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej. Roszczenia z tytułu Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
2. Za zgodą Towarzystwa oraz w porozumieniu z Ubezpieczającym, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach odbiegających od postanowień OWU.
3. Pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU, wymagają pisemnego ich potwierdzenia.
4. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, dotyczące Umowy, należy kierować pisemnie na adres siedziby Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o zmianie adresu, przyjmuje się, że wszelka korespondencja wysłana przez Towarzystwo na ostatni znany mu adres, została prawidłowo doręczona.
5. Skargi i zażalenia rozpatrywane będą w okresie 30 dni od daty ich wpływu na adres Towarzystwa.
6. Ponadto jeśli Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa, może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych, działającego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. nr 124, poz. 1153 ze zm.).
7. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ W SPRAWIE UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Do pojęć tych dodaje się następujące:

fundusz - ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;

składka doraźna - kwota przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;

podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa - wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne opłacone przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego;

dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa - wyodrębniony dla każdego Ubezpieczonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składki inwestycyjne i składki doraźne opłacone przez Ubezpieczonego;

wartość podstawowa - iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

wartość dodatkowa - iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;

cena nabycia jednostki uczestnictwa - cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;

cena sprzedaży jednostki uczestnictwa - cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;

alokacja - określony w polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa.

Artykuł 3
Zakres Umowy Dodatkowej

1. Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako składka inwestycyjna i składka doraźna.
2. Inwestowanie składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.

Artykuł 4
Zawarcie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki całkowitej.
2. Cel Umowy Dodatkowej realizowany jest od późniejszej z dat:
   1) określonego w certyfikacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;
   2) opłacenia za Ubezpieczonego pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
3. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie jej postanowień

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Pomimo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość podstawowa lub wartość dodatkowa jest wartością dodatnią.
4. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
5. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych Umowa Dodatkowa wygasa w terminach określonych w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, z zastrzeżeniem ust. 1. - 3.

Artykuł 7
Składki

1. Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna za Ubezpieczonego stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.
2. W każdym czasie, z wykluczeniem okresu ubezpieczenia bezskładkowego, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
3. Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia

stosownej treści osoby dokonującej wpłaty składki doraźnej.
4. Wpłata składki doraźnej nie zwalnia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składki całkowitej.
5. Po złożeniu przez Ubezpieczającego oświadczenia, możliwe jest zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej.
6. Zawieszenie, o którym mowa w ust. 5, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
7. Niezależnie od innych postanowień, zawieszenie opłacania składki inwestycyjnej obowiązuje w okresie ubezpieczenia bezskładkowego.
8. Wznowienie opłacania składki inwestycyjnej po jej zawieszeniu, następuje od najbliższego terminu wymagalności składki po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia w tej sprawie.
9. Składka inwestycyjna przestaje być opłacana w przypadku osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy.

Artykuł 8
Fundusze

1. W celu inwestowania składek inwestycyjnych i składek doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
2. Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, w odpowiednich częściach, jedynie do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
3. Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
5. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.
6. Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się o nie więcej niż 1%.
7. Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
8. Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Artykuł 9
Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek

1. W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunki jednostek uczestnictwa, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
2. Po opłaceniu przez Ubezpieczającego składki inwestycyjnej nabywane są jednostki uczestnictwa na podstawowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż w dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. Jeżeli składka inwestycyjna została opłacona przez Ubezpieczającego przed terminem jej wymagalności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie wymagalności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
3. Po opłaceniu przez Ubezpieczonego składki inwestycyjnej nabywane są jednostki uczestnictwa na dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu opłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż w dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. Jeżeli składka inwestycyjna została opłacona przez Ubezpieczonego przed terminem jej wymagalności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie wymagalności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
4. Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa odpowiednio na podstawowy lub dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa.
5. Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
6. W pierwszym dniu każdego miesiąca polisy Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną za każdego Ubezpieczonego.
7. Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z podstawowego albo dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w polisie. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym

po dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości podstawowej lub dodatkowej.

Artykuł 10
Zmiany funduszy

1. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo zmienić podział opłacanej przez siebie składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony określają podział opłacanej przez siebie składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
3. W każdą rocznicę polisy, bez konieczności ponoszenia z tego tytułu opłat:
   1) Ubezpieczający ma prawo określenia, wspólnego dla wszystkich Ubezpieczonych, procentu liczby jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu, znajdujących się na podstawowym rachunku jednostek uczestnictwa, który zostanie przeniesiony do wybranego funduszu;
   2) Ubezpieczony ma prawo przeniesienia do wybranego funduszu wszystkich lub części jednostek uczestnictwa, znajdujących się na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 3, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży obowiązującej w najbliższym dniu wyceny po rocznicy polisy.
5. W przypadku zmian opisanych w ust. 3. dokonywanych poza rocznicą polisy, Towarzystwo pobiera opłaty. W powyższej sytuacji, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży obowiązującej w najbliższym dniu wyceny po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
6. Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na podstawowym i dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa.
7. Przeniesienie jednostek uczestnictwa dokonane przez Ubezpieczającego dotyczy podstawowych rachunków jednostek uczestnictwa wszystkich Ubezpieczonych.
8. Towarzystwo dokona zmian w funduszach po otrzymaniu oświadczenia odpowiednio od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

Artykuł 11
Wypłaty

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej sumę wartości podstawowej i wartości dodatkowej.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia.
3. Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w ust.1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty.
4. Do daty osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do rozporządzania wartością podstawową przysługuje Ubezpieczającemu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9. i 10.
5. W stosunku do każdego Ubezpieczonego w okresie 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta jest data początku jego ochrony ubezpieczeniowej, wyklucza się wypłatę wartości podstawowej.
6. Z datą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, prawo do wartości podstawowej przysługuje Ubezpieczonemu.
7. Prawo do wartości dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
8. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy, przy jednoczesnym trwaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym i przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
   1) na wniosek Ubezpieczającego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5;
   2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy.
9. W przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
   1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę manipulacyjną, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5;
   2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę manipulacyjną.
10. W przypadku wygaśnięcia Umowy Dodatkowej wskutek jej wypowiedzenia przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Towarzystwo wypłaci:
    1) na wniosek Ubezpieczonego, wartość podstawową pomniejszoną o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5;
    2) na wniosek Ubezpieczonego, wartość dodatkową; w przypadku gdy Ubezpieczający nie był zobowiązany do opłacania składki inwestycyjnej, wartość dodatkowa zostanie pomniejszona o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej.
11. Istnieje możliwość dokonania częściowej wypłaty, rozumianej jako wypłata części sumy wartości podstawowej i wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. i ust. 8. - 10. Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość podstawowa lub dodatkowa, nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo i podanych w polisie. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną.
12. Do obliczenia wartości podstawowej i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.
13. W przypadku osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, Ubezpieczony ma prawo do otrzymania wartości podstawowej oraz wartości dodatkowej w formie wypłaty jednorazowej bądź w formie regularnych wypłat. Towarzystwo wypłaci wartość podstawową oraz wartość

dodatkową po otrzymaniu wniosku od Ubezpieczonego. Wysokość regularnej wypłaty nie może być niższa od wartości minimalnej, określonej przez Towarzystwo i podanej w polisie. W następstwie każdej regularnej wypłaty liczba jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunkach inwestycyjnych, zostaje pomniejszona o liczbę jednostek uczestnictwa wynikającą z podzielenia kwoty regularnej wypłaty przez cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa. Kwota regularnej wypłaty zostaje pomniejszona o opłatę z tytułu wypłaty regularnej.

Artykuł 12
Opłaty

Wysokości opłat, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określone są w polisie. Towarzystwo ma prawo dokonywać okresowych zmian opłat. Zmiana opłat następuje w oparciu o zmianę wskaźnika wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS i nie może przekroczyć 150% zmiany ww. wskaźnika w okresie od dnia wprowadzenia niniejszej Umowy Dodatkowej do dnia dokonania zmiany lub w okresie pomiędzy zmianami.

Artykuł 13
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   4) spożycia lub spożywania alkoholu przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza;
   5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje Uposażonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) certyfikat;
   3) akt zgonu Ubezpieczonego;
   4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
   7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
6. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W ŚRODKU LOKOMOCJI

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji. Do pojęć tych dodaje się następujące:

nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji - nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, statku wodnego lub powietrznego, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;

środek lokomocji - pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej, potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, który powstał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, który powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Ubezpieczonego środka lokomocji bez uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego środka lokomocji lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   4) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, nie zaleconych przez lekarza;
   5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły;
   8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, takich jak: sporty lotnicze, motorowe czy motorowodne lub podczas udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich;
   10) uprawiania przez Ubezpieczonego kaskaderstwa.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji przysługuje Uposażonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) certyfikat;
   3) akt zgonu Ubezpieczonego;
   4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   6) dokumentację z policji lub prokuratury potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
   7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią Ubezpieczonego.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Środku Lokomocji zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

zawał serca - pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;

udar mózgu - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Postanowienia dotyczące wyłączeń i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz karencji stosuje się zgodnie z Art. 13, ust. 1. i 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu przysługuje Uposażonemu.
2. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) certyfikat;
   3) akt zgonu Ubezpieczonego;
   4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   5) kartę zgonu Ubezpieczonego albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na życzenie Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 30 dni od zajścia tego zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo pomniejszy kwotę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu o kwotę świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu wypłaconego w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ZAROBKOWEJ

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej. Do pojęć tych dodaje się następujące:
niezdolność do pracy zarobkowej - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstałą wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.

Artykuł 4
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienia do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej zostaje ograniczona do następstw nieszczęśliwego wypadku po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli bezpośrednią lub pośrednią przyczyną niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej jest:
   1) choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy lub zaburzenia psychiczne Ubezpieczonego oraz ich skutki, a także ataki konwulsji, epilepsji;
   2) wojna, działania wojenne lub stan wojenny, aktywne i dobrowolne uczestnictwo Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   3) popełnienie przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) prowadzenie przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;

5) samookaleczenie lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
6) spożycie lub spożywanie przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
7) poddanie się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.

3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy Zarobkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą niezdolności do pracy zarobkowej;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ZAROBKOWEJ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

niezdolność do pracy zarobkowej - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstałą bezpośrednio wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej bezpośrednio wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego niezdolność do pracy zarobkowej.

Artykuł 4
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienia do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej.
4. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacona składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstał przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   3) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;

4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
5) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
6) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
7) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich.

3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej powstała wskutek uszkodzenia ciała, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą niezdolności do pracy zarobkowej;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia, jeżeli okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - WARIANT I

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I. Do pojęć tych dodaje się następujące:
trwałe inwalidztwo - tylko i wyłącznie przypadki wymienione w Art. 3, ust. 3, powodujące naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy;
utrata - całkowita anatomiczna strata narządu;
porażenie - całkowite i trwałe pozbawienie funkcji.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów
Utrata wzroku w obu oczach 100%
Utrata wzroku w jednym oku 35%
Utrata słuchu w obu uszach 50%
Utrata słuchu w jednym uchu 15%
Kończyny górne
Porażenie całej kończyny górnej 60%
Utrata w stawie barkowym 70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego 60%
Utrata poniżej stawu łokciowego 55%
Utrata jednej dłoni 50%
Utrata kciuka w całości 20%
Utrata palca wskazującego w całości 10%
Utrata wszystkich palców ręki. 40%
Kończyny dolne
Porażenie całej kończyny dolnej 60%
Utrata w stawie biodrowym 70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego 60%
Utrata poniżej stawu kolanowego 50%
Utrata stopy w całości 40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty 30%
Utrata palucha 5%
Utrata wszystkich palców stopy 15%
Niedowład czterokończynowy 100%

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II, Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi

w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
2) zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie odpowiednio z Art. 10, ust. 9. bądź ust. 10;
3) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
4) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   4) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły.
3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku zmarł w ciągu 7 dni od daty jego zaistnienia.
4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. oraz na podstawie wyników badań o których mowa w ust. 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz lekarza orzecznika pokrywa Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
6. Trwałe inwalidztwo ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak przed upływem 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
8. Wypłacone świadczenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa nie mogą przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
9. Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
10. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
11. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
12. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w Art. 3, ust. 3. procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł 11
Postanowienie końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU - WARIANT II

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II. Do pojęć tych dodaje się następujące:
trwałe inwalidztwo - tylko i wyłącznie przypadki wymienione w Art. 3, ust. 3, powodujące naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nie rokujące poprawy;
utrata - całkowita anatomiczna strata narządu;
usztywnienie - całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
porażenie - całkowite i trwałe pozbawienie funkcji.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów
Utrata wzroku w obu oczach 100%
Utrata wzroku w jednym oku 35%
Utrata słuchu w obu uszach 50%
Utrata słuchu w jednym uchu 15%
Utrata mowy (obejmuje utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową) 40%
Głowa
Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości
- na powierzchni 6 cm kw. 30%
- na pow. od 3 do 6 cm kw 20%
- na pow. mniejszej niż 3 cm kw. 10%
Kończyny górne
Porażenie całej kończyny górnej 60%
Utrata w stawie barkowym 70%
Usztywnienie barku 35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego 60%
Utrata poniżej stawu łokciowego 55%
Usztywnienie łokcia 30%
Utrata jednej dłoni 50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia) 20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia) 30%
Utrata kciuka w całości 20%
Usztywnienie kciuka 15%
Utrata palca wskazującego w całości 10%
Utrata innego palca ręki w całości 5%
Kończyny dolne
Porażenie całej kończyny dolnej 60%
Utrata w stawie biodrowym 70%
Usztywnienie stawu biodrowego 40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego 60%
Usztywnienie stawu kolanowego 25%
Utrata poniżej stawu kolanowego 50%
Usztywnienie stawu skokowego 15%
Utrata stopy w całości 40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty 30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)
- o co najmniej 5 cm 30%
- od 3 do 5 cm 20%
- od 1 do 3 cm 10%
Utrata palucha w całości 5%
Utrata innego palca stopy w całości 2%
Porażenie czterokończynowe 100%
Porażenia nerwów
Całkowite porażenie nerwu pachowego 20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia 30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku 40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej 10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego 20%
Całkowite porażenie nerwu udowego 30%
Całkowite porażenie nerwu kulszowego 40%
Klatka piersiowa
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia 15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia 40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej
- bez niewydolności oddechowej 5%
- z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym .. 25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety 25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety 5%
Jama brzuszna
Utrata śledziony 10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu) 20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów) 20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca 30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% miąższu) 20%
Narządy moczowopłciowe
Utrata nerki w całości 20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej 60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu 20%
Utrata prącia 40%
Utrata jądra lub jajnika 20%
Utrata macicy
- u osoby do 45 roku życia 40%
- u osoby powyżej 45 roku życia 20%

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.

2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I, Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia, które liczone łącznie z innymi należnymi lub wypłaconymi świadczeniami odpowiada świadczeniu należnemu za 100% bądź 200% inwalidztwa, zgodnie odpowiednio z Art. 10, ust. 9. bądź ust. 10;
   3) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   4) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu, bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   4) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   5) samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły.
3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku zmarł w ciągu 7 dni od daty jego zaistnienia.
4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2, oraz na podstawie wyników badań o których mowa w ust. 4.

4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz lekarza orzecznika pokrywa Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
6. Trwałe inwalidztwo ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, przed upływem 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
8. Wypłacone świadczenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa nie mogą przekroczyć łącznie 200% sumy ubezpieczenia.
9. Wypłacenie 100% sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
10. Wypłacenie 200% sumy ubezpieczenia z tytułu kilku zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
11. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 200% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
12. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w Art. 3, ust. 3. procenty inwalidztwa dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł 11
Postanowienie końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Tabeli Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącej załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wszystkie przypadki trwałego uszczerbku objęte zakresem niniejszej Umowy Dodatkowej oraz odpowiadające im świadczenia wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku, określa Tabela Uszczerbków na Zdrowiu stanowiąca załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
4. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;

2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) prowadzenia przez Ubezpieczonego bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
4) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
5) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
7) chorób i stanów chorobowych nawet takich, do ujawnienia których doszło w sposób nagły.

3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku zmarł w ciągu 7 dni od daty jego zaistnienia.
4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz lekarza orzecznika pokrywa Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 4 miesiącach i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
9. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącą załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
10. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

zawał serca - pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;

udar mózgu - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;

trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wszystkie przypadki trwałego uszczerbku objęte zakresem niniejszej Umowy Dodatkowej oraz odpowiadające im świadczenia wyrażone jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zawału serca lub udaru mózgu, określa Tabela Uszczerbków na Zdrowiu stanowiąca załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
4. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez zawarcia Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej oraz bez przystąpienia do umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant I oraz Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - Wariant II.
5. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką za Umowę Podstawową.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia Art. 13, ust. 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX mają zastosowanie.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zawału serca lub udaru mózgu, którego bezpośrednią lub pośrednią przyczyną jest:
   1) wojna, działania wojenne lub stan wojenny, aktywne i dobrowolne uczestnictwo Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienie przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenie przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   4) spożycie lub spożywanie przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   5) samookaleczenie lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   6) poddanie się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) uprawianie przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udział Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony w wyniku tego zawału serca lub udaru mózgu zmarł w ciągu 7 dni od daty jego wystąpienia.
5. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał powyższych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności, roszczenia na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 4.
4. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz lekarza orzecznika pokrywa Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
6. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub udarem mózgu.
7. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 4 miesiącach i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zawału serca lub udaru mózgu.
8. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu przed i po zawale serca lub udarze mózgu.
9. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącą załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
10. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy, ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
12. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego,

z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Ubezpieczonego stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Ubezpieczonego.
Do pojęć tych dodaje się następujące:
poważna choroba - którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji, wymienionych w Art. 3, ust.2;
zawał serca - pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
udar mózgu - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym.
Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
nowotwór złośliwy - niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina).
Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);
niewydolność nerek - schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass) - operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
przeszczep dużych narządów - operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
utrata wzroku - całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
guzy mózgu - niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
oparzenia - oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
operacja aorty - operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
angioplastyka naczyń wieńcowych - leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
operacja zastawek serca - operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
anemia aplastyczna - wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
d) przeszczepienie szpiku kostnego.
Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
choroba Creutzfelda-Jakoba - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
b) kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
zakażenie wirusem HIV:
a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną

dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa którejkolwiek z niżej wymienionych chorób, zabiegów lub operacji:
   1) zawał serca;
   2) udar mózgu;
   3) nowotwór złośliwy;
   4) niewydolność nerek;
   5) leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass);
   6) przeszczep dużych narządów;
   7) utrata wzroku;
   8) guzy mózgu;
   9) oparzenia;
   10) operacja aorty;
   11) angioplastyka naczyń wieńcowych;
   12) operacja zastawek serca;
   13) anemia aplastyczna;
   14) choroba Creutzfelda-Jakoba;
   15) zakażenie wirusem HIV.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoznania lub orzeczenia jednej z chorób wymienionych w ust. 2, pkt 1) - 4), 7) - 9) oraz 13) - 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w ust. 2, pkt 5) - 6) oraz 10) - 12).

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia dotyczące karencji stosuje się zgodnie z zapisami Art. 13, ust. 2. i 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli oparzenia lub utrata wzroku Ubezpieczonego powstały bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   2) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   3) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   5) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza, a doprowadziło to do oparzenia lub utraty wzroku;

6) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą, która została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. W przypadku kolejnej poważnej choroby, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
5. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby, spośród wymienionych w Art. 3, ust. 2.
6. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:
   1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
   2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnej choroby przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby;
   4) w przypadku, o którym mowa w Art. 3, ust. 2, pkt 15), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. oraz na podstawie wyników badań o których mowa w ust. 3.
5. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli pierwsze rozpoznanie choroby lub poddanie się zabiegowi lub operacji miało miejsce w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Prawo do świadczenia zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez co najmniej 30 dni od:
   1) daty rozpoznania jednej z chorób wymienionych w Art. 3, ust 2, pkt 1) - 4), 7) - 9) oraz 13) - 15) lub
   2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w Art. 3, ust 2, pkt 5) - 6) oraz 10) - 12).
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym zawałem serca lub udarem mózgu, należnych z tytułu wszystkich Umów Dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu i osierocenie Dziecka, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, trwałym uszczerbkiem Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu oraz poważną chorobą Ubezpieczonego.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Ubezpieczonego mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Ubezpieczonego zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWAŻNEJ CHOROBY WSPÓŁMAŁŻONKA

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Współmałżonka stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Współmałżonka. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

poważna choroba - którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji, wymienionych w Art. 3, ust. 2;

zawał serca - pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;

udar mózgu - trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym.
Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;

nowotwór złośliwy - niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina).
Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);

niewydolność nerek - schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;

leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass) - operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;

przeszczep dużych narządów - operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Współmałżonek jest biorcą;

utrata wzroku - całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;

guzy mózgu - niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;

oparzenia - oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;

operacja aorty - operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia I ub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;

angioplastyka naczyń wieńcowych - leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;

operacja zastawek serca - operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;

anemia aplastyczna - wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:

a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;

choroba Creutzfelda-Jakoba - klinicznie rozpoznana, za życia Współmałżonka, przez specjalistę neurologa, choroba powodującą niemożność wykonywania przez Współmałżonka minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
b) kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;

zakażenie wirusem HIV:

a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS,

będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Współmałżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa którejkolwiek z niżej wymienionych chorób, zabiegów lub operacji:
   1) zawał serca;
   2) udar mózgu;
   3) nowotwór złośliwy;
   4) niewydolność nerek;
   5) leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass);
   6) przeszczep dużych narządów;
   7) utrata wzroku;
   8) guzy mózgu;
   9) oparzenia;
   10) operacja aorty;
   11) angioplastyka naczyń wieńcowych;
   12) operacja zastawek serca;
   13) anemia aplastyczna;
   14) choroba Creutzfelda-Jakoba;
   15) zakażenie wirusem HIV.
3. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoznania lub orzeczenia jednej z chorób wymienionych w ust. 2, pkt 1) - 4), 7) - 9) oraz 13) - 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w ust. 2, pkt 5) - 6) oraz 10) - 12).

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90-dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej. W ciągu pierwszych 90 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jedynie za oparzenia, jeżeli są następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowo postanowienia Art. 13, ust. 2. - 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX mają zastosowanie.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli poważna choroba u Współmałżonka powstała bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) poddania się przez Współmałżonka eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;

2) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
3) popełnienia przez Współmałżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) prowadzenia przez Współmałżonka pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Współmałżonek był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
5) spożycia lub spożywania przez Współmałżonka alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza, a doprowadziło to do oparzenia lub utraty wzroku;
6) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Współmałżonka samobójstwa;
7) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Art. 2.

3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Współmałżonka, która została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. W przypadku kolejnej poważnej choroby Współmałżonka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
5. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Współmałżonka, spośród wymienionych w Art. 3, ust. 2.
6. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Współmałżonek:
   1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
   2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnej choroby Współmałżonka przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
   4) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby u Współmałżonka;
   5) w przypadku, o którym mowa w Art. 3, ust. 2, pkt 15), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie u konsultanta medycznego wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2. oraz na podstawie wyników badań o których mowa w ust. 3.
5. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli pierwsze rozpoznanie choroby u Współmałżonka lub poddanie się zabiegowi lub operacji przez Współmałżonka miało miejsce w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 4. zostanie przyznane pod warunkiem, że Współmałżonek pozostał przy życiu przez co najmniej 30 dni od:
   1) daty rozpoznania jednej z chorób wymienionych w Art. 3, ust. 2, pkt 1) - 4), 7) - 9) oraz 13) - 15) lub
   2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w Art. 3, ust. 2, pkt 5) - 6) oraz 10) - 12).

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Współmałżonka mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Poważnej Choroby Współmałżonka zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznej. Do pojęć tych dodaje się następujące:

operacja chirurgiczna - inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne, nie wymagające hospitalizacji oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną;

placówka medyczna - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie "placówka medyczna" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w placówce medycznej oraz wymienione w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
   1) 100% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
   2) 80% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
   3) 60% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
   4) 40% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
   5) 20% sumy ubezpieczenia - w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
4. Kategorię operacji chirurgicznej ustala się na podstawie Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącego załącznik do niniejszej Umowy Dodatkowej.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienia do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach .
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwa zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Umowy Podstawowej;

2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się po upływie 90-dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej, przy czym postanowienia Art. 13, ust. 2. - 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX mają zastosowanie.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli operacja chirurgiczna Ubezpieczonego spowodowana była bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   3) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   6) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   7) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   8) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) kataklizmów naturalnych;
   10) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich;
   11) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczającego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
3. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną, która miała na celu:
   1) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
   2) poddania się leczeniu dentystycznemu, operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) zmianę płci;
   4) pozbawienie płodności, usunięcie ciąży, sztuczne zapłodnienie lub inny sposób leczenia niepłodności.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną:
   1) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
   2) która została zalecona lub o której postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami Art. 3, ust. 3. jest najwyższa.
6. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami Art. 3, ust. 3. i Art. 9, ust. 5 jest najwyższa.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu wykonania operacji chirurgicznej przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) kartę informacyjną z placówki medycznej;
   4) zaświadczenie o przebyciu operacji chirurgicznej, na koszt Ubezpieczonego;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Prawo do świadczenia, o którym mowa w Art. 3, ust. 3. zostanie przyznane wyłącznie w przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej wymienionej w Katalogu Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpiecznia Operacji Chirurgicznych.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

Załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych
Katalog Operacji Chirurgicznych

NAZWA OPERACJI	KATEGORIA
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO	
Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	A
Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
Neurostymulacja mózgu	B
Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
Rewizja wentrykulostomii	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
Przeszczep nerwów czaszkowych	A
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego (X)	B
Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	A
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
Wewnąrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	A
Operacja naprawcza opony twardej	A
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
Drenaż przestrzeni podoponowej	A
Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	A
Wycięcie nerwu obwodowego	D
Zniszczenie nerwu obwodowego	D
Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
Wycięcie przysadki	B
Zniszczenie przysadki	B
Operacje szyszynki	B
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO	
Wycięcie tarczycy	D
Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	B
Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
Wycięcie przytarczyc(y)	B
Wycięcie grasicy	D
Wycięcie nadnercza	C
Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	C
Całkowita amputacja sutka	D
Operacje rekonstrukcyjne sutka	D
Operacje na przewodach mlekonośnych sutka	D
Operacje brodawki sutkowej	D
OPERACJE OKA	
Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	D
Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	C
Wszczepienie protezy oka	D
Rewizja protezy oka	D
Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
Nacięcie oczodołu	D
Połączone operacje mięśni oka	C
Cofnięcie mięśnia oka	D
Wycięcie mięśnia oka	D
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
Zeszycie rogówki	E
Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D
Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
Wycięcie tęczówki	D
Operacje filtrujące tęczówki	C
Wycięcie ciała rzęskowego	D

Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	D
Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	D
Operacje ciała szkilstego	C
Odklejenie siatkówki - leczenie fotokoagulacją	D
Zniszczenie zmiany siatkówki	D
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE	
Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
Drenaż ucha środkowego	E
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
Amputacja (resekcja) nosa	C
Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	D
Operacje zatoki czołowej	D
Operacje zatoki klinowej	D
Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
Wycięcie gardła	B
Operacje naprawcze gardła	C
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardla	E
Wycięcie krtani	C
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	C
Odtworzenie krtani	B
Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO	
Częściowe wycięcie tchawicy	A
Operacje plastyczne tchawicy	C
Otwarta implantacja protezy tchawicy	C
Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	D
Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
Częściowe wycięcie oskrzela	C
Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
Przeszczep płuca	A
Wycięcie płuca	A
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
Otwarte operacje śródpiersia	D
Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	D
OPERACJE JAMY USTNEJ	
Wycięcie języka	C
Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	E
Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
Odtworzenie innej części jamy ustnej	D
Wycięcie ślinianki	D
Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	D
Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
Podwiązanie przewodu ślinianki	E
Poszerzenie przewodu ślinianki	E
Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	E
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
Wycięcie przełyku i żołądka	A
Całkowite wycięcie przełyku	A
Częściowe wycięcie przełyku	C
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
Zespolenie omijające przełyku	B
Rewizja zespolenia przełykowego	C
Operacja naprawcza przełyku	A
Wytworzenie przetoki przełykowej	C
Nacięcie przełyku	E
Otwarte operacje żylaków przełyku	C
Otwarta implantacja protezy przełyku	C
Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
Całkowite wycięcie żołądka	A

Częściowe wycięcie żołądka	B
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C
Operacje plastyczne żołądka	C
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
Operacje wrzodu żołądka z otwarciem jamy brzusznej	C
Nacięcie odźwiernika z otwarciem jamy brzusznej	C
Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
Wycięcie dwunastnicy	C
Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
Zespolenie omijające dwunastnicę	C
Operacje wrzodu dwunastnicy z otwarciem jamy brzusznej	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
Wycięcie jelita czczego	C
Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
Zespolenie omijające jelito czcze	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
Wycięcie jelita krętego	C
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
Zespolenie omijające jelito kręte	C
Rewizja zespolenia jelita krętego	C
Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
Całkowite wycięcie okrężnicy	B
Wycięcie odbytnicy	B
Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	E
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	E
Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	E
Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
Zespolenie omijające okrężnicę	C
Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	C
Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
Wycięcie poprzecznicy	B
Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ	
Przeszczep wątroby	A
Częściowe wycięcie wątroby	B
Operacja naprawcza wątroby	B
Nacięcie wątroby	D
Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
Wycięcie przewodu żółciowego	C
Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
Zespolenie przewodu żółciowego	C
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
Nacięcie przewodu żółciowego	C
Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	C
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy)	E

Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
Przeszczep trzustki	A
Całkowite wycięcie trzustki	A
Wycięcie głowy trzustki	A
Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
Zespolenie przewodu trzustkowego	B
Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
Nacięcie trzustki	C
Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
Całkowite wycięcie śledziony	D
OPERACJE SERCA	
Przeszczep serca i płuc	A
Operacja naprawcza tetralogii Fallota	A
Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	A
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	A
Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	A
Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A
Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
Plastyka przedsionka serca	A
Walwuloplastyka mitralna	A
Walwuloplastyka aortalna	A
Plastyka zastawki trójdzielnej	A
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
Plastyka nieokreślonej zastawki serca	A
Rewizja plastyki zastawki serca	A
Otwarta walwulotomia	A
Zamknięta walwulotomia	A
Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
Przezskórna angioplastyka wieńcowa	A
Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
Wszczepienie systemu wspomagania serca	C
Przezżylne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	C
Inny system rozrusznika serca	C
Wycięcie osierdzia	A
Drenaż osierdzia	B
Przecięcie osierdzia	D
Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH ORAZ ŻYLNYCH	
Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
Rewizja protezy aortalnej	A
Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B

Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	A
Odtworzenie tętnicy udowej	A
Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
Rewizja odtworzonej tętnicy	B
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO	
Przeszczep nerki	B
Całkowite wycięcie nerki	B
Częściowe wycięcie nerki	C
Wycięcie zmiany w nerce	C
Otwarta naprawcza operacja nerki	C
Nacięcie nerki	E
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
Wycięcie moczowodu	C
Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
Ponowne wszczepienie moczowodu	C
Operacja naprawcza moczowodu	C
Nacięcie moczowodu	E
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
Operacje ujścia moczowodu	D
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
Powiększenie pęcherza moczowego	B
Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
Operacje pęcherza mające na celu zwiększenie pojemności	D
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego i przezpochwowego u kobiet	C
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego u kobiet	C
Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpowchwowego u kobiet	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	E
Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	E
Wycięcie cewki moczowej	C
Operacja naprawcza cewki moczowej	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
Operacje ujścia cewki moczowej	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
Wycięcie moszny	D
Obustronne wycięcie jąder	C
Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
Obustronna implantacja jąder do moszny	C
Proteza jądra	D
Operacja wodniaka jądra	E
Operacje najądrza	E
Wycięcie nasieniowodu	E
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
Operacja żylaków powrózka nasiennego	D
Operacje pęcherzyków nasiennych	D
Amputacja prącia	C
Wycięcie zmiany w obrębie prącia	D
Operacja plastyczna prącia	C
Proteza prącia	E
Operacje napletka	E
Operacje łechtaczki	E
Wycięcie sromu	C
Operacja naprawcza sromu	E
Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	E

Nacięcie kanału pochwy	E
Wycięcie pochwy	E
Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	D
Operacja plastyczna pochwy	E
Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
Operacje zatoki Douglasa	E
Amputacja szyjki macicy	D
Brzuszne wycięcie macicy	C
Przezpochwowe wycięcie macicy	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	E
Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
Jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
Częściowe wycięcie jajwodu	E
Implantacja protezy jajowodu	E
Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
Nacięcie jajowodu	D
Operacje strzępków jajwodu	E
Częściowe wycięcie jajnika	E
Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	C
Operacja naprawcza jajnika	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH	
Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
Otwarte wycięcie opłucnej	B
Otwarty drenaż opłucnej	C
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
Operacja naprawcza pęknięcia przepony	A
0peracja przepukliny pachwinowej	E
Operacja przepukliny udowej	E
Operacja przepukliny pępkowej	E
Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	C
Otwarty drenaż otrzewnej	C
Operacje sieci większej	C
Operacje krezki jelita cienkiego	C
Operacje krezki okrężnicy	C
Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
Przeszczep powięzi	E
Wycięcie powięzi brzucha	E
Wycięcie innej powięzi	E
Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
Rozdzielenie powięzi	E
Uwolnienie powięzi	E
Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
Przemieszczenie ścięgna	D
Wycięcie ścięgna	D
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	D
Zmiana długości ścięgna	E
Wycięcie pochewki ścięgna	E
Przeszczep mięśni	C
Wycięcie mięśnia	E
Operacja naprawcza mięśnia	E
Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
Operacje przewodu limfatycznego	B
Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW	
Plastyka czaszki	B
Otwarcie czaszki	A
Wycięcie kości twarzy	D
Nastawienie złamania szczęki	D
Nastawienie złamania innej kości twarzy	D

Rozdzielenie kości twarzy	C
Stabilizacja kości twarzy	D
Wycięcie żuchwy	C
Nastawienie złamania żuchwy	D
Rozdzielenie żuchwy	D
Stabilizacja żuchwy	D
Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	A
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	A
Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	B
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędzwiowym	C
Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	A
Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
Całkowite wycięcie kości	D
Wycięcie kości ektopowej	E
Wycięcie zmiany w obrębie kości	D
Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
Rozdzielenie trzonu kości	D
Rozdzielenie kości stopy	D
Dreanaż kości	D
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	D
Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
Stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
Wyciąg szkieletowy kości	E
Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE	
Replantacja kończyny górnej	C
Replantacja kończyny dolnej	C
Replantacja innego organu	C
Transplantacja międzyukładowa	C
Wszczepienie protezy kończyny	A
Amputacja w zakresie ramienia	C
Amputacja ręki	D
Amputacja nogi	C
Amputacja stopy	D
Amputacja palucha	E
Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog Operacji Chirurgicznych stanowiący załącznik do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych od dnia 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

choroba - reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;

szpital - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

OIOM - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM" nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

pobyt w szpitalu - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu Ubezpieczonego nastąpił jego zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, który rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielanie Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 3. i 4, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
6. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowego zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowego została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.

3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą rozpoczął się przed upływem 30 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej. Dodatkowo mają zastosowanie postanowienia Art. 13, ust. 2. - 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
   3) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   4) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   5) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   7) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   8) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   9) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
   10) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
   11) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
   12) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
   13) uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne;
   14) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
   15) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany ciążą, usuwaniem ciąży, porodem lub połogiem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym bądź komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie karencji, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia wyłącznie, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem.

9. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie, ustalane w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytem w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
10. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w Art. 3, ust 3.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
   4) dokument potwierdzający rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 2;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

szpital - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie "szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

OIOM - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM" nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

pobyt w szpitalu - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu Ubezpieczonego nastąpił jego zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej wyklucza zawarcie Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowego zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.

2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli pobytu Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego, oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
   3) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   4) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   5) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   6) podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Ubezpieczony był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   7) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   8) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   9) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
   10) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
   11) uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne;
   12) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
   4) dokument potwierdzający leczenie, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 2;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU WSPÓŁMAŁŻONKA W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

szpital - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

OIOM - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM" nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

pobyt w szpitalu - pobyt Współmałżonka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Współmałżonka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Współmałżonka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu Współmałżonka w szpitalu nastąpił jego zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Współmałżonka.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Współmałżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, na OIOM-ie, który rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nie przekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowego może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowego została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.

2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zwolnione jest obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jeżeli pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Współmałżonka w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Współmałżonka oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
   3) poddania się przez Współmałżonka eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   4) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   5) popełnienia przez Współmałżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   6) podczas prowadzenia przez Współmałżonka pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Współmałżonek był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   7) spożycia lub spożywania przez Współmałżonka alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   8) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Współmałżonka samobójstwa;
   9) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
   10) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
   11) uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne;
   12) uprawiania przez Współmałżonka sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udziału Współmałżonka w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich;
   13) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Współmałżonka na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka Ubezpieczonego w szpitalu nie przekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
4. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Współmałżonka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
   4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
   5) dokument potwierdzający leczenie Współmałżonka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 2;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Współmałżonka w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU DZIECKA W SZPITALU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Dziecko - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat;

szpital - znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego, ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

pobyt w szpitalu - pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 10 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie pobytu dziecka w szpitalu nastąpił zgon Dziecka, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Dziecka;

choroba - reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, mający miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej obowiązującej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;
   4) rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany chorobą rozpoczął się przed upływem 30 dni od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej. Dodatkowo mają zastosowanie postanowienia Art. 13, ust. 2. - 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
   2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
   3) poddania się przez Dziecko eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
   4) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   5) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   6) prowadzenia przez Dziecko pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Dziecko był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
   7) spożycia lub spożywania przez Dziecko alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
   8) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Dziecko samobójstwa;
   9) wad wrodzonych oraz schorzeń będących ich skutkiem;
   10) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
   11) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
   12) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
   13) uszkodzeń i następstw uszkodzeń ciała i chorób powstałych na skutek aktów terroru lub katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie promieniami jonizującymi lub skażenie chemiczne;
   14) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
   15) rehabilitacji z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
   16) uprawiania przez Dziecko sportów o charakterze ekstremalnym, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich.
4. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany ciążą, usuwaniem ciąży, porodem lub połogiem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym bądź komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
5. W ciągu jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w łącznej wysokości nie przekraczającej 200% sumy ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej.
6. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie karencji, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia wyłącznie, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w Szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 10 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt urodzenia Dziecka;
   4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego w przypadku gdy pobyt Dziecka w szpitalu już się zakończył;
   5) dokument potwierdzający rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 2;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.

2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI WSPÓŁMAŁŻONKA

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Współmałżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Współmałżonka zaistniałą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku śmierci Współmałżonka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Współmałżonka.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia dotyczące karencji stosuje się zgodnie z zapisami Art. 13, ust. 2. - 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Współmałżonka przysługuje Ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci Współmałżonka.
2. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
   4) akt zgonu Współmałżonka;
   5) kartę zgonu Współmałżonka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.

3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli śmierć Współmałżonka wystąpi w okresie karencji, Towarzystwa przyzna prawo do świadczenia wyłącznie, jeżeli śmierć spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI WSPÓŁMAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

nieszczęśliwy wypadek - przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Współmałżonka. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Współmałżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, który powstał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwa nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka, który powstał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia przez Współmałżonka czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Współmałżonka bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeśli Współmałżonek był w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;

4) spożycia lub spożywania przez Współmałżonka alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza;
5) poddania się przez Współmałżonka eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
6) samookaleczenia, usiłowania popełnienia albo popełnienia przez Współmałżonka samobójstwa.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje Ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się on umyślnie do śmierci Współmałżonka.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia wnioskujący, składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
   4) akt zgonu Współmałżonka;
   5) kartę zgonu Współmałżonka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI RODZICÓW

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodziców stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodziców. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Rodzic - osoba, której we wcześniejszej z dat: w dacie osiągnięcia przez Ubezpieczonego pełnej zdolności do czynności prawnych lub zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, przysługiwała władza rodzicielska nad Ubezpieczonym, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;

Macocha - aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

Ojczym - aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Rodzica.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Rodzica zaistniałą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku śmierci Rodzica Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Rodzica.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia dotyczące karencji stosuje się zgodnie z zapisami Art. 13, ust. 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Rodzica nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Rodzica w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ojczyma lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Rodzica przysługuje Ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci Rodzica.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zgonu Rodzica;
   4) kartę zgonu Rodzica albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Rodzica, jeżeli śmierć Rodzica była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodzica mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Rodzica zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI TEŚCIÓW

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Teściów stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Teścia. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Współmałżonek - osoba, która w dacie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

Teść - osoba, której we wcześniejszej z dat: w dacie osiągnięcia przez Współmałżonka Ubezpieczonego pełnej zdolności do czynności prawnych lub zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, przysługiwała władza rodzicielska nad Współmałżonkiem Ubezpieczonego, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;

Macocha - aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Współmałżonka, nie będąca biologiczną matką Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

Ojczym - aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Współmałżonka, nie będący biologicznym ojcem Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Teścia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Teścia zaistniałą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku śmierć Teścia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Teścia.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia dotyczące karencji stosuje się zgodnie z zapisami Art. 13, ust. 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Teścia nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Teścia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu zgonu Ojczyma lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub

matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Teścia przysługuje Ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do Śmierci Teścia.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
   4) akt zgonu Teścia;
   5) kartę zgonu Teścia albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Teścia, jeżeli śmierć Teścia była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Teścia mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Teścia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA URODZENIA DZIECKA

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Dziecko - dziecko, którego matką lub ojcem jest Ubezpieczony.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia Dziecka.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowego skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 9 miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku wznowienia ochrony ubezpieczeniowej po okresie ubezpieczenia bezskładkowego, zastosowanie ma 9 miesięczny okres karencji, liczony od daty określonej w Art. 12, ust. 5. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Urodzenia Dziecka przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt urodzenia Dziecka;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA URODZENIA DZIECKA MARTWEGO

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego. Do pojęć tych dodaje się następujące:
Dziecko - dziecko, którego matką lub ojcem jest Ubezpieczony.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Urodzenie Dziecka Martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa. Potwierdzeniem urodzenia się martwego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.
3. W przypadku urodzenia się Dziecka martwego, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia Dziecka martwego.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 6 miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.

Artykuł 10
Wypłata Świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Urodzenia Dziecka Martwego przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt urodzenia Dziecka;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI DZIECKA

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Śmierci Dziecka. Do pojęć tych dodaje się następujące:
Dziecko - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło 25 roku życia.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka zaistniałą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku śmierci Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Dziecka.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystępowania do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9, ust. 1.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Postanowienia dotyczące karencji stosuje się zgodnie z zapisami Art. 13, ust. 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych.

Artykuł 10
Wpłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Dziecka przysługuje Ubezpieczonemu, o ile nie przyczynił się umyślnie do śmierci Dziecka.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   3) akt zgonu Dziecka;
   4) kartę zgonu Dziecka albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci Dziecka;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

4. Jeżeli śmierć Dziecka wystąpi w okresie karencji, Towarzystwo przyzna prawo do świadczenia wyłącznie, jeżeli śmierć spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Śmierci Dziecka zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA OSIEROCENIA DZIECKA

Artykuł 1
Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka stosuje się do umów ubezpieczenia, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 2
Definicje

Pojęcia określone w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX stosuje się także w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka. Do pojęć tych dodaje się następujące:

Dziecko - dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy;

niezdolność do pracy - całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.

Artykuł 3
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej powodująca osierocenie Dziecka.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Artykuł 4
Zawarcie i przystępowanie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł 5
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy polisy.
2. Umowa Dodatkowego zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł 6
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowego ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

Artykuł 7
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie oraz podane w certyfikatach.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł 8
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. 9.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w Art. 12, ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy.

Artykuł 9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Postanowienia dotyczące wyłączeń i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz karencji stosuje się zgodnie z Art. 13, ust. 1. i 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.

Artykuł 10
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Osierocenia Dziecka przysługuje każdemu Dziecku w wysokości sumy ubezpieczenia, o ile nie przyczyniło się ono umyślnie do śmierci Ubezpieczonego.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, wnioskujący składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) certyfikat;
   3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
   4) akt zgonu Ubezpieczonego;
   5) kartę zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci, jeżeli śmierć była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w okresie karencji;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Towarzystwa.

3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.

Artykuł 11
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Osierocenia Dziecka zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU
ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE CERTUM MAX

Niniejszą Tabelę stosuje się przy ocenie skutków nieszczęśliwych wypadków oraz skutków zawału serca bądź udaru mózgu u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Uszczerbku Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		
	Prawa	Lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami - w zależności od rozmiaru	1-10	
b) oskalpowanie:		
- u mężczyzn	5-20	
- u kobiet	10-25	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) - zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7	
b) o średnicy powyżej 2,5 cm - w zależności od rozmiarów	8-25	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15	
5. Porażenie i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg Skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
- kończyna górna - wg skali Lovett'a		
0°	40	30
1 - 2°	30-35	20-25
3 - 4°	5-25	5-15
- kończyna dolna - wg skali Lovett'a		
0°	40	
1 - 2°	30	
3 - 4°	5-20	

6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:	
a) zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8. Padaczka:	
a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c) padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany eeg., dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie eeg. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10. Nerwice:	
a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo - mózgowym	2-10
b) utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała - w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c) zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d) afazja nieznacznego stopnia	10-20
12. Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego:	
- w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
- w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b) nerwu bloczkowego	3
c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5

14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia **Uwaga:** Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49	5-20
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
B. Uszkodzenia twarzy	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki): a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, slinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	1-10 10-30 30-60
20. Uszkodzenia nosa: a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia - zależnie od rozległości uszkodzenia b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania - zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa) **Uwaga:** Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	1-10 5-20 10-25 5 30
21. Utrata zębów: a) siekacze i kły - za każdy ząb b) pozostałe zęby począwszy od dwóch - za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1 1
22. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw rzekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów): a) szczęki b) żuchwy	40 50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	1-5 5-10

25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	25 - 40
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	1 - 3
b) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	5 - 15
c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń	15 - 40
d) całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27.

a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli z p.27a
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	wg tabeli z p.27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	25
d) jednoimienne górne	10
e) jednoimienne dolne	40
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
a) w jednym oku	25
b) w obu oczach	40
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	
a) w jednym oku	10
b) w obu oczach	30
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie)	
a) w jednym oku	5-10
b) w obu oczach	10-15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38. Jaskra - ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia	50-100
40. Zaćma urazowa - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)	wg tabeli z p.27a
41. Przewlekłe zapalenie spojówek	1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: (obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.)

Ucho prawe	0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0	5	10	20
26 - 40 dB	5	15	20	30
41 - 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43. Urazy małżowiny usznej:	
a) utrata części małżowiny	1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)w zależności od stopnia	5-10
c) utrata jednej małżowiny	15
d) utrata obu małżowin	25

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego: a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego: a) jednostronne b) obustronne	1-5 10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań: a) jednostronne b) obustronne	5-15 10-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego: a) z uszkodzeniem części słuchowej b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	wg tabeli z p. 42 20-50 30-60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia b) dwustronne	10-40 20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia b) z bezgłosem	35-50 60
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową c) z niewydolnością oddechowo-krążeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywianie tylko płynami c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	10-30 50 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi - w zależności od stopnia i ustawienia głowy a) niewielkiego stopnia b) znacznego stopnia **Uwaga:** Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniany jest według poz. 89.	1-5 15-30
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-15 15-30

57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości) a) brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita b) utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn: - częściowa - całkowita - z częścią mięśnia piersiowego	 1-5 1-15 15-25 25-35
58. Złamanie przynajmniej 2 żeber a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc b) z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc - w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	 1-5 5-25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową - w zależności od stopnia **Uwaga:** Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	 5-10 20-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej **Uwaga:** Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	 20-80
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia a) z wydolnym układem krążenia b) z objawami względnej wydolności układu krążenia c) z objawami niewydolności krążenia - w zależności od stopnia niewydolności **Uwaga:** Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii .	 2-10 20-30 40-90
64. Przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny zaciągające) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej **Uwaga:** 1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	 1-30
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci: a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	 2-10 11-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę: a) jelita cienkiego b) jelita grubego	 30-80 20-50

68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy - w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71. Utrata śledziony	
a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) nieznacznego stopnia	5-10
b) znacznego stopnia	20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a) pochwy	10
b) pochwy i macicy	30
I. Ostre zatrucia i ich następstwa (Orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych):	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów miąższowych przewodu pokarmowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruć pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) z ograniczeniem ruchomości - bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni - ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c) z całkowitym zesztywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a) bez zniekształceń - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych - w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	5-10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	60-70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	30-40
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:	
a) szyjne	1-20
b) piersiowe	1-10
c) lędźwiowo-krzyżowe	1-25
d) guziczne	1-5
K. Uszkodzenia miednicy	
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu	
a) niewielkiego stopnia	1-10
b) dużego stopnia	10-35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno - lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b) w odcinku przednim i tylnym	15-45

97. Złamanie dna panewki - z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi: a) zwichnięcie I° - nieznaczne zmiany b) zwichnięcie II° - wyraźne zmiany c) zwichnięcie III°- duże zmiany d) zwichnięcie IV° - bardzo duże zmiany **Uwaga:** Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.	 1-10 10-20 20-35 35-45
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji **Uwaga:** Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	1-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej

Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u leworęcznych stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.

	Prawa	Lewa
99. Złamanie łopatki: a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia **Uwaga:** Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	 1-5 5-40	 5-30
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów a) nieznaczne zmiany b) wyraźne zmiany	 1-10 10-25	 1-5 5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	 1-10 10-25	 1-5 5-20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia a) nieznaczne zmiany b) znaczne zmiany	 1-10 10-25	 1-5 5-20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu **Uwaga:** Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.	 + 5	

	Prawa	Lewa
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a) nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b) średniego stopnia	10-20	5-15
c) dużego stopnia	20-30	15-25
105. Zastarzałe nie odprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106. Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25	20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji **Uwaga:** Staw wiotki z powodu porażeń oceniany jest według norm neurologicznych.	25-40	20-35
108. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1-35	1-25
111. Utrata kończyny w barku	75	70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113. Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114 Uszkodzenia mięsni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej - z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	5-10
c) duże zmiany	15-30	10-25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45

119. Przykurcz w stawie łokciowym - w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a) przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120. Cepowy staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c) znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	5-30
124. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) znaczne zmiany	5-20	5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10-20	10-15
b) dużego stopnia	20-35	15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10-25	10-20
b) dużego stopnia	25-40	20-35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	1-15	1-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością, zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a) ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40

132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokim trwałym troficznym, przewlekłym ropnym i zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134. Uszkodzenie śródręcza - części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów i kości) z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18
135. Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a) utrata opuszki	1-5	1-3
b) utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujące upośledzenie funkcji kciuka		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	4-13
c) znaczne zmiany	15-20	13-18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utrata kciuka	20-25	18-23
e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego		
a) utrata opuszki	1-5	1-3
b) utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e) utrata trzech paliczków	17	15
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17-23	15-20
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c) zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek	3	2
b) palca piątego - za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8

141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny - w zależności od stopnia		
a) niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c) bezużyteczność palca graniczącą z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85	
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a) miernego stopnia	1-10	
b) znacznego stopnia	10-25	
144. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) - z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		
a) ze zmianami miernego stopnia	2-20	
b) ze zmianami dużego stopnia	20-40	
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65	
146. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o:	+5-15	
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.		
147. Złamanie kości udowej - z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		
a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15	
b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30	
c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40	
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60	
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:		
a) miernego stopnia	1-10	
b) znacznego stopnia	10-20	
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30	

151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu **Uwaga:** Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	5-65
153. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki - z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno -dynamicznych kończyny i innych zmian: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	 1-10 10-25 25-40
155. Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji a) utrata ruchomości w zakresie 180°-140° za każde 2° ubytku ruchu b) utrata ruchomości w zakresie 140°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) utrata ruchomości w zakresie 90°-30° za każde 10° ubytku ruchu **Uwaga:** Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°-180°.	 +1 +1 +1
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	 1-10 10-20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.: a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	 2-15 15-25 25-50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien - z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia: a) niewielkie i średnie zmiany b) znaczne zmiany	 1-10 10-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	 60 40-55

162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) średniego stopnia	5-10
c) dużego stopnia	10-25
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego - z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno - dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) niewielkie zmiany	1-10
b) średnie zmiany	10-20
c) duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia - zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami - zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia - w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169. Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcające blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a) niewielkie zmiany	1-5
b) duże zmiany	5-15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia cech kikuta	20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175. Utrata całego palucha	7
176. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177. Utrata palców II-V w części lub całości - za każdy palec	2
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c) nerwu pachowego	10-25	10-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k) nerwu łokciowego	10-30	5-20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	15-25	10-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o) nerwu zasłonowego	5-15	
p) nerwu udowego	10-30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	
r) nerwu sromowego wspólnego	5-25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	
u) nerwu strzałkowego	10-20	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	

Niniejsza Tabela Uszczerbków na Zdrowiu stanowiąca załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr L/1/4/2/2005 z dnia 23 lutego 2005 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX od dnia 1 marca 2005 roku.

Erich Fischer
Prezes Zarządu

Jarosław Mastalerz
Członek Zarządu

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POMOCY MEDYCZNEJ

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 2
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 5
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 6
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 6
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 6
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 6
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 6
Artykuł X Wypłata świadczenia 7
Artykuł XI Postanowienia końcowe 8

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** - telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** - lekarz współpracujący z CPG;
7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
8) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
13) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje Art. III ust. 5;
15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
2. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w Art. III ust. 5.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
5. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
   1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
      a) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
      b) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie:

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

c) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;

d) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;

e) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
   - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
   - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
   - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);

   Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.

f) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;

g) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;

h) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielna, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
   - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   - transport Dziecka lub osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielnej z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
   - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

   Świadczenie jest realizowane do wysokości limitu 500 PLN na zdarzenie.

2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w roku polisowym;

3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;

4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów - CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;

5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
   a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
      - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
      - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
      - osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w Art. III ust. 5 pkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.
   b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
      - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
      - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
      - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;
      - baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
      - baza danych placówek odmowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenia kraju;
      - baza danych placówek opieki społecznej;
      - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
      - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
      - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
      - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
      - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
      - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
      - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
      - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

- informacja o ciąży;
- informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
- informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
- instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
- profilaktyka zachorowań na grypę.

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i CPG.

6) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
   a) wizyta lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
   b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;
   c) transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
   d) transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
   e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
   f) przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

   Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

6. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
7. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w Art. III ust. 5 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w Art. III ust. 5 taki limit zostanie wskazany.

Artykuł IV

Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Artykuł V

Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI

Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Artykuł VII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł IX

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia
      danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania ma pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
12) chorób przewlekłych;
13) uprawianiem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem.

Artykuł X

Wypłata świadczenia

1. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
   1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w Art. III ust. 5, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
   2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
      a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
      b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
      c) numer PESEL Ubezpieczonego;
      d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
      e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
      f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
   3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
   4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w pkt. 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG, CPG może odmówić organizacji świadczeń.
2. Refundacje:
   1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
   2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundacje kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w pkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w pkt 3).

Artykuł XI

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICÓW WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł X Wypłata świadczenia 2
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczące śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

Artykuł III
Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Rodzica.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje śmierć Rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł IV
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub po zawarciu Umowy Podstawowej, wówczas datą początku okresu ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej jest najbliższa rocznica polisy, następująca po zawarciu Umowy Dodatkowej.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł V
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Artykuł VII
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem Art. IX.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;

Artykuł IX
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu;
   7) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   10) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
   11) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł X
Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem śmierci Rodzica w następstwie wypadku w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Rodzica.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma lub Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:

   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;

   2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;

   3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;

   4) kserokopię statystycznej karty zgonu Rodzica albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe – dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Rodzica;

   5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;

   6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) jeżeli Rodzic prowadził pojazd w chwili wypadku;

   7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;

   8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.

5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

Artykuł XI
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodzica stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 2
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 2
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 3
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 3
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 3
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 3
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 3
Artykuł X Wypłata świadczenia 5
Artykuł XI Postanowienia końcowe 5

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1) **cukrzyca** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
2) **dystrofia mięśniowa** – postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia;
3) **guzy śródczaszkowe** – wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Termin nie obejmuje:
   a) malformacji naczyniowych;
   b) nienowotworowych guzów mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
   c) torbieli;
   d) guzów przysadki mózgowej i szyszynki mniejszych niż 1 cm.
4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki;
   Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatruć, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ;
5) **niewydolność wątroby** – krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczki i wodobrzusza, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Termin nie obejmuje pierwszorazowego rozpoznania nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
   a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1–3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
   b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
   c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (=< 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
   d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
   e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
8) **śpiączka** – stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, który trwa przez co najmniej 6 miesięcy;
9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby nie chorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej 3-tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z wymienionych i zdefiniowanych chorób w Art. II w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej, obowiązującej w dniu zdiagnozowania poważnego zachorowania Dziecka.

Artykuł IV

Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

Artykuł V

Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok z tym, że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI

Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Artykuł VII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11 ust. 2 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   a. zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   b. rozwiązania Umowy Dodatkowej;

Artykuł IX

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90-dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

1) choroba powodująca poważne zachorowanie Dziecka i odnoszących się do Dziecka nastąpiła wskutek:
   a) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   b) nadużywania alkoholu, alkoholizmu;
   c) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   d) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
   e) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem; lub
2) poważne zachorowanie powstało wskutek choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w Art. II ppkt 9) lub
3) nieszczęśliwy wypadek powodujący poważne zachorowanie Dziecka odnoszące się do Dziecka nastąpił wskutek.
   a) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   b) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   c) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   d) spożycia alkoholu;
   e) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   f) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   g) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   h) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem Dziecka, jeśli poważne zachorowanie jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie któregokolwiek z poważnych zachorowań wymienionych w Art. II, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) stany chorobowe u Dziecka zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka;
   2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego poważnego zachorowania Dziecka a datą przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy Dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

7. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w ust 6, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednego z poważnych zachorowań Dziecka powstałego w następstwie stanów chorobowych uzgodnionej przez Ubezpieczającego i Towarzystwo oraz potwierdzonej w polisie.

Artykuł X

Wypłata świadczenia

1. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania Dziecka wymienionego i zdefiniowanego w Art. II odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu tego poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
2. W przypadku kolejnego poważnego zachorowania Dziecka prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika.
3. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
   1) Dziecko nie poddało się lub nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnego zachorowania lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnego zachorowania;
   2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
   2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej poważne zachorowanie;
   3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   4) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
   5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów, wymienionych w ust. 4 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust 6.
6. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, których koszt ponosi Towarzystwo.

Artykuł XI

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania Dziecka stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI RODZICÓW WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł X Wypłata świadczenia 2
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczące śmierci Rodziców wskutek nieszczęśliwego wypadku stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

Artykuł III
Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Rodzica.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje śmierć Rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł IV
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub po zawarciu Umowy Podstawowej, wówczas datą początku okresu ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej jest najbliższa rocznica polisy, następująca po zawarciu Umowy Dodatkowej.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł V
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Artykuł VII
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem Art. IX.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;

Artykuł IX
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Rodzica nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu;
   7) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   10) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
   11) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł X
Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem śmierci Rodzica w następstwie wypadku w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Rodzica.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) śmierć Rodzica spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma lub Macochy wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:

   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;

   2) kserokopię dowodu osobistego Ubezpieczonego;

   3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;

   4) kserokopię statystycznej karty zgonu Rodzica albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe – dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Rodzica;

   5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;

   6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) jeżeli Rodzic prowadził pojazd w chwili wypadku;

   7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;

   8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.

Artykuł XI
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Rodzica stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ ŚMIERCI TEŚCIÓW WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 1
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł X Wypłata świadczenia 2
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczące śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

Artykuł III
Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Teścia.
2. Zakres odpowiedzialności obejmuje śmierć Teścia w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł IV
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub po zawarciu Umowy Podstawowej, wówczas datą początku okresu ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej jest najbliższa rocznica polisy, następująca po zawarciu Umowy Dodatkowej.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

Artykuł V
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Artykuł VII
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem Art. IX.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) upływu okresu, za jaki opłacono składkę, w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej, w tym wskutek zmiany podgrupy;

Artykuł IX
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Teścia nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu;
   7) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   10) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
   11) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Artykuł X
Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem śmierci Teścia w następstwie wypadku w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Teścia.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) śmierć Teścia spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia.

3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Ubezpieczony pozostaje ze Współmałżonkiem w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja.
4. W przypadku gdy nie żyje Współmałżonek Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz pod warunkiem dostarczenia oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia.
6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma lub Macochy Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
   4) kserokopię statystycznej karty zgonu Teścia albo jeżeli jej uzyskanie jest niemożliwe – dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Teścia;
   5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony oraz adres jednostki policji lub prokuratury, które prowadzą postępowanie wyjaśniające okoliczności zdarzenia;
   6) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdu (prawo jazdy) – jeżeli Teść prowadził pojazd w chwili wypadku;
   7) kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
   8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
8. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 7.

Artykuł XI
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teścia stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej Śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa....2
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile zapisy poniżej nie wprowadzają innej definicji, pojęcia określone w OWU stosuje się także w niniejszych Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
   1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
   2) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Ubezpieczającego a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
   3) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

   Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

ARTYKUŁ IV
ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek:
   1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
      a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,

b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,

pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;

8) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.

ARTYKUŁ X
WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy przysługuje Uposażonemu.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy nastąpił w okresie udzielana ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
   2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
   3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa:
   1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
   2) kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego lub innego uprawnionego;
   3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kserokopię karty zgonu, a jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe - dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
   5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

ARTYKUŁ XI
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W ŚRODKU LOKOMOCJI

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje 1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 2
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 4

Artykuł I
Postanowienia ogólne

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

Artykuł II
Definicje

O ile zapisy poniżej nie wprowadzają innej definicji, pojęcia określone w OWU stosuje się także w niniejszych Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
2. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
3. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd", „rower", „droga" oraz „kierowca" rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;

Artykuł III
Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26

3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem środku lokomocji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

Artykuł IV
Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

Artykuł V
Czas trwania Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

Artykuł VI
Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

Artykuł VII
Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

Artykuł VIII
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

Artykuł IX
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26

nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
4) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
5) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
6) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
7) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
8) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
9) spożycia alkoholu;
10) pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
5. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł X
Wypłata świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
   2) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w szpitalu;
   4) kserokopię dokumentu potwierdzającego posiadanie stosownych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
   5) kserokopię dokumentu potwierdzającego ważność badań technicznych pojazdu'
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust.3.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26

Artykuł XI
Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Generali Życie T.U.S.A.
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy:61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje.....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 2
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 2
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 3
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 3
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....3
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 4

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca i udaru mózgu stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile zapisy poniżej nie wprowadzają innej definicji, pojęcia określone w OWU stosuje się także w niniejszych Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca i udaru mózgu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
2. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
3. **udar mózgu –** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
   a) obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
   b) utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
   c) obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
   d) istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 60 dni od daty zdarzenia.

   Termin nie obejmuje:
   a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
   b) zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
d) uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
e) chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;

4. **zawał serca –** martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a) objawy kliniczne niedokrwienia serca;
   b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST - załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
   c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
   d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

ARTYKUŁ III

PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
   e) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
   f) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

ARTYKUŁ IV

ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 6. miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zawał serca lub udar mózgu będący przyczyną pobytu w szpitalu nastąpiły wskutek:
   1) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   2) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   3) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   4) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 30 dni w okresie jednego roku polisowego.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
5. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ X

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca i udaru mózgu przysługuje Ubezpieczonemu.

2. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
   2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w szpitalu oraz wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
   3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

ARTYKUŁ XI
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje.....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....2
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

ARTYKUŁ IV
ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok z tym, że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11 ust. 2 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   a) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   b) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   c) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30-dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
2. W stosunku do osób przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3. miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia lub dla Ubezpieczonych zmieniających przynależność do podgrupy zastosowanie ma 6 miesięczny okres karencji.
3. W Umowie Dodatkowej mają zastosowanie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazane odpowiednio w Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, w zależności od tego, która z tych Umów Dodatkowych została zawarta.

ARTYKUŁ X

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu początku ochrony (pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej).
3. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo, w oparciu o datę wydania zalecenia zakupu leków w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej, wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej SWU), stosuje się jako rozszerzenie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie zawieranej na rzecz Ubezpieczonych na podstawie Ogólnych Warunków GrupowegoUbezpieczenia na Życie Certum Max 1/2005 (zwanych dalej OWU) pomiędzy, Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej Towarzystwem.
2. Niniejsza Umowa stanowi Umowę Dodatkową w rozumieniu OWU.
3. O ile postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty leczenia powstałe z tytułu:
   1) udzielenia pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
   2) pobytu w szpitalu, badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
   3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
   4) przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek:
   1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
      a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
      b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
      pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
   8) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na

motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;

9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
8. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że koszty zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przebieg leczenia u Ubezpieczonego
   4) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   5) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia;
   6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 9.

Szczególne warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa....2
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 4

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile zapisy poniżej nie wprowadzają innej definicji, pojęcia określone w OWU stosuje się także w niniejszych Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do SWU;
2. **Dziecko -** dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje wystąpienie u Dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu, który spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem który nastąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.

ARTYKUŁ IV
ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych zawałem serca i udarem mózgu Ubezpieczonego, które miały miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z poniższych przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa i odnoszących się do Dziecka:
   1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
   6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas

przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:

a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,

b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,

pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;

8) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;

9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;

ARTYKUŁ X

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

   1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;

   2) trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

   3) istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
4. Rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalane są po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, rodzaj i stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego narządu, przed i po nieszczęśliwym wypadku.
6. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do SWU.
7. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
8. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kserokopia protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony
   3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz przebieg leczenia;
   4) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   5) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
   6) wyniki badań o których mowa w ust.11
   7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.

10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 9 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust.11.
11. Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do lekarza orzecznika, których koszt ponosi Towarzystwo.

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca i udaru mózgu stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje.....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 2
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....3
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 3

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **pobyt Dziecka w szpitalu –** całodobowy pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
2. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
3. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Dziecku po pobycie w szpitalu, z zastrzeżeniem, że zalecenie takie powinno bezpośrednio wynikać z dokumentu potwierdzającego pobyt Dziecka w szpitalu.

ARTYKUŁ IV

ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem wymagalności składki.
2. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok z tym, że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Wysokość składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustala Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Art. 11 ust. 2 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   a) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   b) rozwiązania Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30-dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
2. W stosunku do osób przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3. miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia lub dla Ubezpieczonych zmieniających przynależność do podgrupy zastosowanie ma 6 miesięczny okres karencji.
3. W Umowie Dodatkowej mają zastosowanie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wskazane odpowiednio w Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowie Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, w zależności od tego, która z tych Umów Dodatkowych została zawarta.

ARTYKUŁ X

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tytułem ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem pkt 2.
2. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu początku ochrony (pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej).
3. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, w oparciu o datę wydania zalecenia zakupu leków Dziecku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż 3 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Zgłoszenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po pobycie Dziecka w szpitalu stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosuje się jako rozszerzenie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zawieranej na rzecz Ubezpieczonych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum Max 1/2005 (zwanych dalej OWU) pomiędzy, Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwaną dalej Towarzystwem.
2. Niniejsza Umowa stanowi Umowę Dodatkową w rozumieniu OWU.
3. O ile postanowienia niniejszej Umowy Dodatkowej nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio. Do pojęć tych dodaje się następujące:
   1) **Rekonwalescencja** - okres powrotu Dziecka do zdrowia, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
   2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.
4. Zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest wyłącznie jako rozszerzenie Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Zawarcie Umowy Dodatkowej wyklucza możliwość zawarcia Umowy Dodatkowej dotyczącej sprawowania przez Ubezpieczonego opieki nad Dzieckiem po pobycie w szpitalu.
6. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje sprawowanie przez Ubezpieczonego osobistej opieki nad chorym Dzieckiem przebywającym na rekonwalescencji.
7. Umowa Dodatkowa nie obejmuje okresu w którym Ubezpieczony sprawował opiekę nad Dzieckiem w trakcie pobytu w szpitalu.
8. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za pobytu Dziecka na rekonwalescencji w trakcie trwania ochrony w ramach Umowy Dodatkowej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Dziecka:
   1) rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
   2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.
9. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Dziecka na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z poniższych przyczyn i odnosił się do Dziecka.
    1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
    2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
    3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
    4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
    5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
    6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
    7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu

pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;

8) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;

11. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy.
12. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
    1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
    2) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego) oraz przebieg leczenia u Dziecka
    3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
    4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli protokół taki był sporządzony;
    5) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
    6) kserokopię zwolnienia lekarskiego uprawniającego Ubezpieczonego do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem wydaną przez szpital
    7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
13. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 12.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje.....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 1
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....2
Artykuł X Wypłata świadczenia 3
Artykuł XI Postanowienia końcowe 4

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio. Do pojęć tych dodaje się następującą:

Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje refundację kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik do SWU, poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu uległo Dziecko w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

ARTYKUŁ IV
ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek Dziecka nastąpił wskutek którejkolwiek z poniższych przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa i odnoszących się do Dziecka:
   1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
   5) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;

6) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
8) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

ARTYKUŁ X
WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych oryginałów faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka, pod warunkiem że zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku Dziecka.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przebieg leczenia u Dziecka;
   5) oryginały faktur lub rachunków wystawionych imiennie na Dziecko (bądź opiekuna prawnego Dziecka) dotyczących zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wraz z zaleceniem zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przez lekarza;
   6) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
   7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku Dziecka stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczące Pomocy medycznej

Artykuł I Postanowienia ogólne....1
Artykuł II Definicje....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności....2
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej....5
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej....5
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej....5
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka....6
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa....6
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa....6
Artykuł X Wypłata świadczenia....7
Artykuł XI Postanowienia końcowe....7

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile postanowienia niniejszych SWU nie stanowią inaczej, pojęcia i postanowienia zawarte w OWU stosuje się odpowiednio.

Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:

1) **Centrum Pomocy Generali (CPG)** - telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi;
2) **choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
5) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
6) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** - lekarz współpracujący z CPG;
7) **miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do Umowy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
8) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;

10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
11) **opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
12) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
13) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
14) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to zakresu usługi opisanego w niniejszej Umowie dodatkowej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance. Pełen zakres usług medycznego assistance w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej definiuje Art. III ust. 5;
15) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Konkubent oraz Dzieci Ubezpieczonego zamieszkujące na stałe z Ubezpieczonym.

ARTYKUŁ III

PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i Współubezpieczonych.
2. W ramach niniejszej Umowy dodatkowej oferowane są świadczenia i usługi medyczne opisane w Art. III ust. 5.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z tym że postanowienia dotyczące karencji nie mają zastosowania.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
5. Zakres odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
   1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium RP:
      a) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
      b) dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
      c) dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
      d) organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 PLN na zdarzenie;

e) transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
   - z miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez lekarza CPG szpitala;
   - ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Współubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
   - ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);

   Świadczenie udzielane jest do wysokości 2.000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
f) pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony lub Współubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie;
g) organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
h) opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub osoba niesamodzielna, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
   - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   - transport Dziecka lub osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub osoby niesamodzielnej z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;
   - transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.

   Świadczenie jest realizowane do wysokości limitu 500 PLN na zdarzenie.

2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 PLN na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w roku polisowym;
3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu - CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby Współubezpieczonego, Rodziców, Teściów - CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 PLN na zdarzenie;
5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
   a) osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
      - telefoniczna konsultacja z lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
      - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;

- osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w Art. III ust. 5 pkt 1) lit. e), CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej.

b) infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu następujące informacje:
   - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
   - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
   - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych;
   - baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
   - baza danych placówek odmowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenia kraju;
   - baza danych placówek opieki społecznej;
   - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
   - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
   - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
   - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
   - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
   - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
   - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
   - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
   - informacja o ciąży;
   - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
   - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
   - instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
   - profilaktyka zachorowań na grypę.

   Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i CPG.

6) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium RP:
   a) wizyta lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie roku polisowego do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
   b) wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza CPG;

c) transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza CPG;
d) transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego bądź Współubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
e) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony bądź Współubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
f) przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

Koszt świadczeń w lit. b) – e) pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

6. Porady udzielane na Infolinii Medycznej mają charakter wyłącznie informacyjny.
7. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w Art. III ust. 5 w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisowym, chyba że w opisie świadczenia w Art. III ust. 5 taki limit zostanie wskazany.

ARTYKUŁ IV

ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.
3. Do Umowy Dodatkowej może przystąpić osoba, która nie ukończyła 65 lat.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 lat.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
   2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
   4) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   5) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   6) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłymi zachorowaniami zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
   7) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięciem ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
   8) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
   9) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania ma pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
   10) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
   11) niestosowania się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza CPG;
   12) chorób przewlekłych;
   13) uprawianiem przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykitingu, surfingu, windsurfingu, kitesurfingu, zorbingu, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem.

ARTYKUŁ X

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia:
    1) w przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług wskazanych w Art. III ust. 5, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CPG.
    2) Ubezpieczony lub Współubezpieczony powinien podać następujące dane:
        a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
        b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
        c) numer PESEL Ubezpieczonego;
        d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
        e) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub Współubezpieczonym;
        f) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
    3) w przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do korzystania z usług medycznego assistance, Ubezpieczony lub Współubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
    4) w przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w pkt. 2) i 3) lub braku współpracy z obsługą CPG, CPG może odmówić organizacji świadczeń.
2. Refundacje:
    1) Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony lub Współubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
    2) Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundacje kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
    3) CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
    4) Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
    5) Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w pkt 3) refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w pkt 3).

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.

Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej Pobytu Dziecka w szpitalu

Artykuł I Postanowienia ogólne 1
Artykuł II Definicje.....1
Artykuł III Przedmiot i zakres odpowiedzialności 1
Artykuł IV Zawarcie i przystąpienie do Umowy Dodatkowej 2
Artykuł V Czas trwania Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VI Rozwiązanie Umowy Dodatkowej 2
Artykuł VII Suma ubezpieczenia i składka 2
Artykuł VIII Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa 2
Artykuł IX Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa.....2
Artykuł X Wypłata świadczenia 4
Artykuł XI Postanowienia końcowe 5

ARTYKUŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Szczególne Warunki Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu stosuje się do umów, zwanych dalej Umowami Dodatkowymi, zawieranych jako rozszerzenie umów zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX nr 1/2005, zwanych dalej OWU.

ARTYKUŁ II
DEFINICJE

O ile zapisy poniżej nie wprowadzają innej definicji, pojęcia określone w OWU stosuje się także w niniejszych Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu. Do pojęć tych dodaje się następujące:

1. **pobyt Dziecka w szpitalu –** całodobowy pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty wypisania ze szpitala;
2. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub krajów Unii Europejskiej lub – pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski – kraju spoza Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem miejscowym zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
3. **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek, pod warunkiem że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia.

ARTYKUŁ III
PRZEDMIOT I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, który:
   1) rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Towarzystwa albo

2) rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem pobyt Dziecka w szpitalu, pod warunkiem, że ochrona z tytułu wcześniejszej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej

i trwał w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ IV

ZAWARCIE I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
2. Przystąpienie do Umowy Dodatkowej nie jest możliwe bez przystąpienia do Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ V

CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na 1 rok, z tym że jeżeli zawierana jest pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
2. Umowa Dodatkowa zostaje przedłużona na kolejny okres roczny, o ile obowiązuje Umowa Podstawowa i żadna ze stron nie postanowi inaczej.
3. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużania Umowy Dodatkowej na kolejny okres powinno być złożone do wiadomości drugiej strony na piśmie, nie później niż na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta.

ARTYKUŁ VI

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w dniu rozwiązania Umowy Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej skutkuje jej rozwiązaniem w najbliższą rocznicę Polisy.
3. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.
4. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowej są zgodne z zapisami przyjętymi w OWU. Odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ VII

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w Polisie oraz podane w certyfikacie.
2. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest wraz ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

ARTYKUŁ VIII

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami określonymi w Umowie Podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień Art. IX niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu:
   1) zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej.

ARTYKUŁ IX

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej przed upływem 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30 dniowego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa przystąpienia do Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 6 miesięcznego okresu karencji, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
   1) Choroba powodująca pobyt Dziecka w szpitalu nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych poniżej i odnoszących się do Dziecka:
      - działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
      - spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
      - poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
      - świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
      - choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
      - wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
      - choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

      lub
   2) Nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych poniżej i odnoszących się do Dziecka:
      lub
      - aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
      - popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
      - prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
      - samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie pierwszych 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego;
      - działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
      - spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
      - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
        a) będącego własnością Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
        b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,
        pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
      - uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, spływów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym

sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;

- uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;

3) Pobyt Dziecka w szpitalu był następstwem:
   - operacji kosmetycznych lub plastycznych (w tym operacji zmiany płci) z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub
   - leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, połogiem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
6. W okresie jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.

ARTYKUŁ X
WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Dziecka w szpitalu.
3. Jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu przekracza 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytem Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
   1) wniosek zawierający zgłoszenie roszczenia;
   2) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt Dziecka w szpitalu
   4) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
   5) kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
   6) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wydaną przez lekarza prowadzącego w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
   7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 3.

ARTYKUŁ XI

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w Szczególnych Warunkach Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Dziecka w szpitalu stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień Umowy Dodatkowej, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem ich nieważności.