

UMOWA GENERALNA UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW URZĘDU MIASTA ZGIERZA,
JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH GMINY MIASTO ZGIERZ
ORAZ „WODOCIĄGI I KANALIZACJA – ZGIERZ” SP. Z O.O.

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

- | 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE | |
|--------------------------------|--|
| 1.1. | Umowa Generalna Ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierz, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o. nazywana będzie w niniejszej Umowie - Umową Generalną Ubezpieczenia. |
| 1.2. | Umowa Generalna Ubezpieczenia po rozstrzygnięciu postępowania przetargowego stanowić będzie załącznik do umowy w sprawie wykonanie zamówienia publicznego. |
| 1.3. | Ubezpieczyciel: |
| 1.4. | Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia zostaną objęci pracownicy następujących jednostek, instytucji i spółek: |
| 1.4.1. | Urząd Miasta Zgierza |
| 1.4.2. | Miejski Ośrodek Kultury w Zgierzu |
| 1.4.3. | Muzeum Miasta Zgierza |
| 1.4.4. | Miejsko-Powiatowa Biblioteka Publiczna w Zgierzu |
| 1.4.5. | Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Zgierzu |
| 1.4.6. | Straż Miejska w Zgierzu |
| 1.4.7. | Miejskie Usługi Komunikacyjne w Zgierzu |
| 1.4.8. | Miejski Ośrodek Pomoc Społecznej w Zgierzu |
| 1.4.9. | Dzienny Dom "Senior - Wigor" w Zgierzu |
| 1.4.10. | Miejskie Przedszkole nr 2 w Zgierzu |
| 1.4.11. | Miejskie Przedszkole nr 3 w Zgierzu |
| 1.4.12. | Miejskie Przedszkole nr 6 w Zgierzu |
| 1.4.13. | Miejskie Przedszkole nr 7 w Zgierzu |
| 1.4.14. | Miejskie Przedszkole nr 8 w Zgierzu |
| 1.4.15. | Miejskie Przedszkole nr 9 w Zgierzu |
| 1.4.16. | Miejskie Przedszkole nr 10 w Zgierzu |
| 1.4.17. | Miejskie Przedszkole nr 12 w Zgierzu |
| 1.4.18. | Miejskie Przedszkole nr 13 w Zgierzu |
| 1.4.19. | Miejskie Przedszkole nr 14 w Zgierzu |
| 1.4.20. | Miejskie Przedszkole nr 15 w Zgierzu |
| 1.4.21. | Miejski Żłobek w Zgierzu |
| 1.4.22. | Szkoła Podstawowa nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi w Zgierzu |
| 1.4.23. | Szkoła Podstawowa nr 3 w Zgierzu |
| 1.4.24. | Szkoła Podstawowa nr 4 w Zgierzu |
| 1.4.25. | Szkoła Podstawowa nr 5 w Zgierzu |
| 1.4.26. | Szkoła Podstawowa nr 6 w Zgierzu |
| 1.4.27. | Szkoła Podstawowa nr 8 w Zgierzu |
| 1.4.28. | Szkoła Podstawowa nr 10 w Zgierzu |
| 1.4.29. | Szkoła Podstawowa nr 11 w Zgierzu |
| 1.4.30. | Szkoła Podstawowa nr 12 w Zgierzu |
| 1.4.31. | Samorządowe Liceum Ogólnokształcące w Zgierzu |

1.4.32. Centrum Usług Wspólnych Gminy Miasto Zgierz

1.4.33. „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o.

- 1.5. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia mogą zostać objęci pracownicy jednostek organizacyjnych utworzonych przez Gminę Miasto Zgierz w trakcie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia oraz pracownicy jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz, które wstępnie nie zgłosiły akcesu przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.6. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie Generalnej Ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia wskazane w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierz, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o. oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.7. Wszelkie postanowienia zawarte w Umowie Generalnej Ubezpieczenia będą miały pierwszeństwo przed postanowieniami właściwych ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zapisów pkt 1.9. Zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia wyłączające lub ograniczające zakres opisany w niniejszej Umowie Generalnej Ubezpieczenia nie mają zastosowania.
- 1.8. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie Generalnej Ubezpieczenia jest minimalnym wymaganym zakresem ubezpieczenia.
- 1.9. Jeżeli w oferowanych przez Ubezpieczyciela ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych i nie zostaną one wyraźnie zastrzeżone przez Ubezpieczyciela przed zakończeniem postępowania o zamówienie publiczne, to zostają automatycznie włączone do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.10. Do Umowy mają zastosowanie przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych). Wdrożenie i zapewnienie stosowania powyższych przepisów w związku z realizacją usługi objętej zamówieniem i niniejszej Umowy, w zakresie przetwarzania danych obciąża Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel będzie zobowiązany w szczególności do zapewnienia zawarcia przez osoby zaangażowane w wykonanie Umowy Generalnej Ubezpieczenia stosownych umów lub złożenia wymaganych oświadczeń (dotyczyć to może w szczególności Ubezpieczających, Brokera, osób wyznaczonych przez Ubezpieczających do zadań dokumentacyjnych, Ubezpieczonych).

2. DEFINICJE OBOWIĄZUJĄCE W UMOWIE GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

Na potrzeby niniejszej Umowy przez poniższe pojęcia należy rozumieć:

- 2.1. **Akty terrorystyczne** – wszelkiego rodzaju działania pojedynczych osób lub grup mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego dla osiągnięcia określonych skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych, socjalnych lub społecznych.
- 2.2. **Broker** – Pełnomocnik Ubezpieczającego, Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.
- 2.3. **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową wystawione odrębnie dla każdego Ubezpieczonego.
- 2.4. **Deklaracja ubezpieczenia** – dokument Ubezpieczyciela podpisany przez osobę wyrażającą wolę przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia, zawierający wymagane przepisami prawa oraz zgodne z wymogami zapisów niniejszej Umowy, oświadczenia woli osoby ubezpieczonej.
- 2.5. **Diagnoza** – identyfikacja choroby, zespołu chorobowego lub powypadkowego, na którą cierpi Ubezpieczony/Współubebezpieczony. Diagnoza medyczna to wniosek wynikający z dokonanej przez lekarza oceny objawów subiektywnych, (odczuć pacjenta, jego osobistych doświadczeń np. ból, duszność, zmęczenie, itp.) i objawów obiektywnych (zaobserwowanych właściwości stanu pacjenta poddających się ocenie lekarskiej stanowiących podstawę do wnioskowania o czynnościach ustroju, jego narządów i tkanek zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby) oraz badań dodatkowych (badań laboratoryjnych lub badań obrazowych). Za datę postawienia diagnozy przyjmuje się datę ostatecznej identyfikacji/potwierdzenia choroby, zespołu chorobowego lub powypadkowego po zakończeniu zbierania i analizy informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubebezpieczonego.
- 2.6. **Polisa** – dokumenty potwierdzające zawarcie umowy pomiędzy jednostką wskazaną w Rozdziale I, pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia, a Ubezpieczycielem oraz warunki tej umowy.
- 2.7. **Działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu.
- 2.8. **Karencja** – czasowe zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu określonych zdarzeń.
- 2.9. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub osoby Współubebezpieczonej zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które jest

- bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną w ramach niniejszej Umowy.
- 2.10. **Obrona konieczna** – przypadki opisane w Art. 25 Kodeksu karnego, Art. 423 Kodeksu cywilnego oraz Art. 15 i 16 Kodeksu wykroczeń wraz z orzeczeniami sądowymi wydanymi na ich podstawie.
- 2.11. **Poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego na życie funkcjonująca bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 2.12. **Przyczyna zewnętrzna** – każdy czynnik zewnętrzny zdolny wywołać szkodliwe skutki taki jak m.in. narzędzie pracy, maszyna, obiekt pochodzący z zewnątrz, siły przyrody, działanie innej osoby oraz praca i czynności samego Ubezpieczonego (w tym np. niefortunny odruch, nieskoordynowane poruszanie się, upadek), a także spłot przyczyn tkwiących w organizmie człowieka i przyczyn pochodzących z zewnątrz.
- 2.13. **Rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 2.14. **Stan po użyciu alkoholu i stan nietrzeźwości**
Zgodnie z Art. 46 ust. 2. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia przyjmuje się następujące definicje:
2.14.1. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
2.14.1.1. stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
2.14.1.2. obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
2.14.2. Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
2.14.2.1. stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
2.14.2.2. obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
- 2.15. **Samookaleczenie** – celowe działanie danej osoby przeciwko własnemu zdrowiu (umyślne uszkodzenia własnego ciała).
- 2.16. **Stan wyższej konieczności** – przypadki opisane w Art. 26 Kodeksu karnego oraz Ustawie Prawo o ruchu drogowym.
- 2.17. **Trwały nośnik** – nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. pdf wysłany na e-maila, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci pdf.
- 2.18. **Uprawianie sportów o charakterze ekstremalnym** – uprawianie następujących sportów (uprawianych w trudnych warunkach, związanych z większym ryzykiem, niż w innych dyscyplinach): BASE jumping (skoki spadochronowe z obiektów takich jak: wieżowce, mosty, maszty, urwiska górskie, itp.), Bungee Jumping, skoki spadochronowe, spacerowanie na linie, skysurfing (akrobacje powietrzne na desce), lotniarstwo kaskaderskie, lotniarstwo, skoki i loty narciarskie, wolne skoki z samolotu, szybownictwo, windsurfing, wolne nurkowanie (free diving), pływanie długodystansowe, regaty żeglarskie (dookoła świata, oceaniczne), nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem na głębokościach większych niż 40 metrów, surfing, kajakarstwo górskie, wyścigi łodzi motorowych, żeglarstwo szybkie, wakeboarding, rajdy przeprawowe i samochodowe, wyścigi samochodów lub motocykli, speleologia, rower górski (downhill), żeglarstwo na lądzie i lodzie (bojery), narciarstwo i snowboarding ekstremalny (zjazdy poza trasami), wspinaczka wysokogórska ze specjalistycznym sprzętem, motocross.
- 2.19. **Uprawianie sportu wyczynowego** – uprawianie sportu dla potrzeb/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.
- 2.20. **Umowa Generalna Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta w wyniku postępowania na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierz, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o.
- 2.21. **Wariant ubezpieczenia** – jeden z czterech zakresów ochrony ubezpieczeniowej różniących się wysokością świadczeń i rodzajem zdarzeń objętych ochroną.
- 2.22. **Wniosek o zawarcie ubezpieczenia** – dokument złożony Ubezpieczycielowi przez jednostkę wskazaną w Rozdziale I, pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia, potwierdzający wolę przystąpienia do niniejszej Umowy.
- 2.23. **Wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia** – wykaz zawierający dane osób przystępujących do ubezpieczenia w danym miesiącu.
- 2.24. **Wypadek ubezpieczeniowy** – realizacja zdefiniowanego w niniejszej Umowie zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela.

3. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO

- 3.1. **Ubezpieczającymi** na potrzeby niniejszej Umowy są Urząd Miasta Zgierz, jednostki organizacyjne Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o., wymienione w pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 3.2. **Ubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to objęty ochroną

- ubezpieczeniową: pracownik, Współmałżonek/Partner życiowy ubezpieczonego pracownika oraz pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego pracownika.
- 3.3. **Współubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to Współmałżonek/Partner życiowy Ubezpieczonego, Dziecko Ubezpieczonego, Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego.
- 3.4. **Członkowie rodziny pracownika** na potrzeby niniejszej Umowy to osoby wskazane w pkt. 3.2. i 3.3.
- 3.5. **Uposażony** na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to osoba wskazana na piśmie przez ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego zgonu.
- 3.5.1. W sytuacji, gdy nie wskazano Uposażonego świadczenie otrzymuje: Małżonek, Dzieci, Rodzice, rodzeństwo lub gdy nie ma wymienionych członków rodziny – świadczenie wchodzi w skład spadku i jest należne prawnie ustanowionym spadkobiercom Ubezpieczonego.
- 3.6. Jeżeli Ubezpieczony nie zgłosi roszczeń o wypłatę należnych mu świadczeń za swego życia, prawo to przechodzi na prawnych spadkobierców, którzy po zgonie Ubezpieczonego mogą zgłosić wnioski do Ubezpieczyciela o wypłatę należnych Ubezpieczonemu świadczeń. Czynności powyższe mogą być dokonane w okresie 3 lat od daty zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Spadkobiercy muszą przedstawić stosowne dokumenty przyznające im prawa spadkowe po zmarłym Ubezpieczonym.

4. **POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU I ZAKRESU UBEZPIECZENIA**

- 4.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych.
- 4.2. Przez zakres ubezpieczenia na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się co najmniej przewidziany w Umowie Generalnej Ubezpieczenia katalog zdarzeń.
- 4.3. Umowa Generalna Ubezpieczenia przewiduje co najmniej następujący katalog zdarzeń ubezpieczeniowych:
- 4.3.1. zdarzenia związane z życiem Ubezpieczonego:
- 4.3.1.1. zgon Ubezpieczonego;
- 4.3.1.2. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 4.3.1.3. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 4.3.1.4. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
- 4.3.1.5. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
- 4.3.1.6. zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu;
- 4.3.1.7. osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego;
- 4.3.2. zdarzenia związane z życiem i zdrowiem Współubezpieczonych:
- 4.3.2.1. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego;
- 4.3.2.2. zgon Dziecka;
- 4.3.2.3. zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego;
- 4.3.2.4. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 4.3.2.5. urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu;
- 4.3.2.6. urodzenie martwego Dziecka;
- 4.3.2.7. poważne zachorowanie Współmałżonka/Partnera życiowego;
- 4.3.2.8. poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego;
- 4.3.3. zdarzenia związane ze zdrowiem Ubezpieczonego:
- 4.3.3.1. trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 4.3.3.2. trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/udar mózgu;
- 4.3.3.3. dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego;
- 4.3.3.4. rekonwalescencja poszpitalna - dzienne świadczenie;
- 4.3.3.5. leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
- 4.3.3.6. poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
- 4.3.3.7. niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
- 4.3.3.8. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
- 4.3.3.9. karta apteczna;
- 4.3.3.10. świadczenia assistance.

Tabela w pkt 1. w Rozdziale II określa wysokości świadczeń dla każdego z czterech wariantów ubezpieczenia.

5. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE CZASU OBOWIĄZYWANIA UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- 5.1. Okres realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia ustala się na 36 miesięcy od 01.11.2024 r. do 31.10.2027 r.
- 5.2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia oraz są wskazani na liście osób przystępujących przed datą początkową, rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy Generalnej Ubezpieczenia po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego po złożeniu deklaracji pod warunkiem przekazania składki za te osoby w określonych terminach jej płatności.
- 5.4. Umowa Generalna Ubezpieczenia wygasa po upływie 36 miesięcy i zostaje automatycznie rozwiązana bez konieczności składania przez strony wypowiedzenia.
- 5.5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Umowy Generalnej Ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczonego pracownika oraz zgłoszonych przez niego Ubezpieczonych ustaje:
 - 5.5.1. z ostatnim dniem obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia;
 - 5.5.2. z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny pracownika z ubezpieczającym;
 - 5.5.3. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył stosowne oświadczenie o swojej rezygnacji z uczestnictwa w Umowie Generalnej Ubezpieczenia lub o wyłączeniu z ubezpieczenia zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych;
 - 5.5.4. z dniem zgonu Ubezpieczonego.
- 5.6. Ochrona może zostać przedłużona o 1 miesiąc w przypadku gdy pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym rozwiązany został stosunek prawny oraz dokonano opłaty „z góry” dodatkowej składki miesięcznej w ostatnim miesiącu zatrudnienia, za miesiąc następny (dotyczy składki za pracownika i ubezpieczonych Członków jego rodziny – Małżonka/Partnera życiowego lub pełnoletniego Dziecka).
- 5.7. Z zastrzeżeniem zapisów odmiennych zawartych w poszczególnych postanowieniach Rozdziału II Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w tym również postanowień dotyczących okresu karencji) Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność za wszystkie zdarzenia objęte niniejszą Umową, które będą miały miejsce w okresie odpowiedzialności.
- 5.8. Ubezpieczyciel przyjmie również odpowiedzialność:
 - 5.8.1. za skutki chorób i wypadków, które powstały lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela, a zgodnie z datą wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony nabywa prawa do tego świadczenia;
 - 5.8.2. w przypadku postawienia diagnozy w okresie trwania niniejszej Umowy w oparciu o rozpoczęty proces diagnozy, badania zlecone lub/i przeprowadzone przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W tej sytuacji Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie otrzymał wypłaty świadczenia z Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 5.9. Uregulowanie z pkt 5.8. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
 - 5.9.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
 - 5.9.2. przyczyna zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (choroba/wypadek) miała miejsce w okresie obejmowania ochroną danego ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia,
 - 5.9.3. ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia obejmowała dane zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 5.9.4. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.

6. ZAKRES TERYTORIALNY

- 6.1. W odniesieniu do zdarzeń dotyczących życia i zdrowia ubezpieczonego i współubezpieczonego, ubezpieczyciel odpowiada za zdarzenia bez względu na miejsce zdarzenia (zakres terytorialny obejmuje następstwa zdarzeń na całym świecie).

7. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SUMY UBEZPIECZENIA

- 7.1. Suma ubezpieczenia dla każdego z czterech wariantów ubezpieczenia i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego jest podstawą do określenia wysokości świadczenia dla danego zdarzenia.
- 7.2. Suma ubezpieczenia w danym wariantcie i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczy odrębnie każdego Ubezpieczonego.

8. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DEFINICJI PRACOWNIKA I WSPÓŁUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY

- 8.1. Za **pracownika** Ubezpieczającego uważa się osobę fizyczną zatrudnioną przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie umowy cywilno-prawnej.
- 8.2. **Współmałżonek** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 8.3. **Partner życiowy** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z pracownikiem w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, wskazana przez ubezpieczonego w formie określonej przez ubezpieczyciela. Pracownik ani partner życiowy nie mogą być w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- 8.3.1. Pracownik ma prawo wskazać Partnera życiowego w każdym czasie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 8.3.3.
- 8.3.2. Pracownik może złożyć oświadczenie, że wskazana wcześniej osoba nie jest już jego Partnerem życiowym, co skutkuje wobec tej osoby brakiem ochrony ubezpieczeniowej od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu oświadczenia.
- 8.3.3. Pracownik może wskazać nowego Partnera życiowego jako Współubezpieczonego i/lub Ubezpieczonego. Wskazanie nowego Partnera życiowego może nastąpić nie częściej niż co 12 miesięcy od daty wskazania poprzedniego Partnera życiowego. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowego Partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania. Partnera życiowego obowiązują okresy karencji zgodnie z Rozdziałem I, pkt 14 niniejszej Umowy.
- 8.4. Wskazany w deklaracji przystąpienia pracownika jego Partner życiowy jest uznany za Współubezpieczonego. Pracownikowi będzie przysługiwała w odniesieniu do zdarzeń dotyczących Partnera życiowego, wypłata świadczeń z tytułu: zgonu Partnera, zgonu Partnera w wyniku несчастliwego wypadku, zgonu Rodziców Partnera.
- 8.4.1. Przystąpienie Partnera życiowego do Umowy Generalnej Ubezpieczenia i wskazanie przez niego pracownika jako Partnera w deklaracji przystąpienia, skutkuje prawem do nabycia świadczeń opisanych w pkt 8.4. w odniesieniu do pracownika, jako swojego Współubezpieczonego.
- 8.5. **Dziecko Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się:
- 8.5.1. jako **Współubezpieczony dla zdarzenia osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, zdarzenia zgonu Dziecka** - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zdarzenia nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez prawomocny organ;
- 8.5.2. jako **Ubezpieczony** - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu przystępowania do Umowy Generalnej Ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.
- 8.6. **Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka, Rodzic Partnera życiowego Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy jest to matka lub ojciec Ubezpieczonego i matka lub ojciec Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Za Rodzica uznaje się również osobę będącą:
- 8.6.1. żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński (macocha);
- 8.6.2. mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński (ojczym).
- Definicje powyższe stosuje się odpowiednio w odniesieniu do Rodzica Małżonka/Partnera życiowego.

9. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZYSTĘPOWANIA I WYSTĘPOWANIA UBEZPIECZONYCH Z UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

- 9.1. Umowa Generalna Ubezpieczenia jest umową zawartą w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla pracowników i członków ich rodzin.
- 9.2. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do niniejszej Umowy, ogólne warunki ubezpieczenia oraz szczególne warunki ubezpieczenia. Powyższe dokumenty Ubezpieczyciel przekazuje na piśmie lub, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku (np. plik PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD).
- 9.3. Ubezpieczony składa deklarację przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 9.4. Ubezpieczony składa do Ubezpieczającego zgodę na potrącenie jednostkowej składki miesięcznej z wynagrodzenia netto za ubezpieczenie swoje i zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych.
- 9.5. Ubezpieczyciel akceptuje termin składania deklaracji przez nowo przystępujące osoby do ostatniego dnia

- miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.
- 9.6. W pierwszym miesiącu trwania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego, deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną doręczone do Ubezpieczyciela najpóźniej do 15 dnia miesiąca, w którym Ubezpieczający przystąpił do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 9.7. W kolejnych miesiącach trwania niniejszej Umowy deklaracje złożone przez nowo przystępujące osoby będą doręczone do Ubezpieczyciela do 10 dnia miesiąca, od którego rozpoczęła się w stosunku do nich ochrona ubezpieczeniowa.
- 9.8. Jeżeli Ubezpieczyciel będzie wymagał, Ubezpieczający może dodatkowo przekazywać Ubezpieczycielowi wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia, zawierający co najmniej: imię, nazwisko, nr pesel, wariant ubezpieczenia lub dane osób ubezpieczonych będą rejestrowane w systemie elektronicznej obsługi ubezpieczenia.
- 9.9. Ubezpieczający będzie sporządzał wykaz o którym mowa w pkt 9.8. na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego początek ochrony ubezpieczeniowej.
- 9.10. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową każdą osobę, która zaakceptuje warunki ubezpieczenia i spełnia w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia wymogi definicji Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym lub bezpłatnym.
- 9.11. Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w pełnym zakresie przysługującym w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia) mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 70 roku życia w chwili przystąpienia do niniejszej Umowy, chyba że osoby, które ukończyły 70 rok życia pracują i były objęte dotychczas funkcjonującą u ubezpieczającego umową grupowego ubezpieczenia na życie.
- 9.12. Ubezpieczyciel przyjmie również do ubezpieczenia osobę przebywającą:
- 9.12.1. w szpitalu;
 - 9.12.2. na zwolnieniu lekarskim;
 - 9.12.3. na świadczeniu rehabilitacyjnym;
 - 9.12.4. oraz z orzeczoną niezdolnością do pracy.
- Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia w/w osób od tego, czy były objęte dotychczas Poprzednią umową ubezpieczenia.
- 9.13. Uregulowanie z pkt 9.12. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
- 9.13.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
 - 9.13.2. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.
- 9.14. Ubezpieczyciel ma prawo żądać złożenia oświadczenia o stanie zdrowia (dotyczącego np. przebywania na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, orzeczonej niezdolności do pracy) na deklaracji ubezpieczenia wyłącznie od:
- 9.14.1. nie objętych Poprzednią umową ubezpieczenia członków rodzin przystępujących do programu w pierwszych trzech miesiącach jego wdrożenia w danej jednostce wskazanej w Rozdziale I, pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia,
 - 9.14.2. pracowników i członków rodzin przystępujących do programu po trzecim miesiącu od daty nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel na podstawie złożonego oświadczenia przez osoby, o których mowa w pkt 9.14.1 i pkt 9.14.2 podejmuje decyzję o objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy.
- 9.15. W odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych, Ubezpieczyciel nie będzie wymagał underwrittingu medycznego, ani wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawał pytań odnośnie stanu ich zdrowia.
- 9.16. Ubezpieczyciel przyjmie do ubezpieczenia pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę dotychczas nieubezpieczonych uznanych za niezdolnych do pracy lub niezdolnych do służby na podstawie orzeczenia właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym pod warunkiem, iż są dopuszczeni do pracy przez lekarza medycyny pracy.
- 9.17. Ubezpieczony może w każdym czasie trwania niniejszej Umowy złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie woli o wystąpieniu z ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym nastąpiło złożenie oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia.
- 9.18. Liczba osób Ubezpieczonych (oraz liczebność w poszczególnych wariantach) będzie mogła ulec zmianie na skutek:
- 9.18.1. przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia osób (Pracowników, Współmałżonków/ Partnerów życiowych oraz Pełnoletnich Dzieci), które złożyły deklarację przystąpienia w trakcie jej obowiązywania;
 - 9.18.2. rezygnacji/wystąpienia z ubezpieczenia osób ubezpieczonych;
 - 9.18.3. zmiany wyboru przystąpienia przez Ubezpieczonych do innego wariantu ubezpieczenia objętego

niniejszą Umową;

9.18.4. zgonów osób ubezpieczonych;

9.18.5. zakończenia stosunku pracy Ubezpieczonych z Ubezpieczającym;

9.18.6. dołączenia do ubezpieczenia pracowników i członków ich rodzin z jednostek nowo powstałych na skutek zmian organizacyjnych w Gminie Miasto Zgierz oraz jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz, które wstępnie nie zgłosiły akcesu przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

10. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

- 10.1. Wysokość jednostkowej składki miesięcznej dla każdego z czterech wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynika z oferty złożonej przez Ubezpieczyciela w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o.
- 10.2. Miesięczna wysokość jednostkowej składki dla każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynosi:
- | | |
|---------------------|----------|
| 10.2.1. Wariant I | zł |
| 10.2.2. Wariant II | zł |
| 10.2.3. Wariant III | zł |
| 10.2.4. Wariant IV | zł |
- 10.3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Generalnej Ubezpieczenia będzie płatna w ratach miesięcznych.
- 10.4. Jednostkowa składka miesięczna płatna jest przez Ubezpieczonego z góry za każdy miesiąc udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 10.5. Pracownik przystępujący do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne opłacanie jednostkowej składki miesięcznej poprzez potrącanie należnej kwoty z jego wynagrodzenia netto przez Ubezpieczającego, zarówno z tytułu własnego uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz z tytułu uczestnictwa w ubezpieczeniu Małżonka/Partnera życiowego oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpili do ubezpieczenia.
- 10.6. Wysokość miesięcznej raty składki należnej Ubezpieczycielowi, przekazywanej przez Ubezpieczającego jest iloczynem liczby osób Ubezpieczonych i wysokości jednostkowej składki miesięcznej określonej dla jednego Ubezpieczonego w ramach każdego z wariantów ubezpieczenia w danym miesiącu.
- 10.7. Każdy Ubezpieczający rozlicza się odrębnie w odniesieniu do liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia z danej jednostki.
- 10.8. Ubezpieczyciel wskaże numery rachunków bankowych dla każdego wariantu Umowy Generalnej Ubezpieczenia, na które każdy z Ubezpieczających dokonuje miesięcznych wpłat rat składki. Wpłata dokonywana jest przelewem zawierającym w tytule nr polisy potwierdzającej zawarcie ubezpieczenia, której wpłata dotyczy.
- 10.9. Ubezpieczający dokona przelewu raty do 15 dnia miesiąca za który jest należna. Za datę realizacji płatności raty składki uważa się datę wpływu środków na rachunki bankowe wskazane przez Ubezpieczyciela.
- 10.10. Nieopłacenie w terminie raty składki przez Ubezpieczającego nie oznacza wypowiedzenia Umowy Generalnej Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
- 10.10.1. W przypadku braku wpłaty raty składki do końca miesiąca, za który jest należna, Ubezpieczyciel wzywa pisemnie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty zaległości liczony od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego (stosowna informacja może być przekazana jako załącznik w elektronicznym systemie obsługi ubezpieczenia udostępnionym przez Ubezpieczyciela).
- 10.10.2. Nieopłacenie przez Ubezpieczającego raty składki w całości lub w części do końca miesiąca, za który jest należna, nie powoduje ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a jedynie uprawnia go do wstrzymania wypłaty świadczeń. Ubezpieczyciel w wezwaniu do uzupełnienia zaległości wysłanym zgodnie z pkt 10.10.1. informuje o skutku nieprzekazania składki. Po uregulowaniu zaległej składki Ubezpieczyciel wypłaca wstrzymane świadczenia.
- 10.11. W przypadku stwierdzenia błędu w wysokości przekazanej raty składki (nadpłata, niedopłata) oraz błędów dotyczących przekazanej dokumentacji poszczególnych Ubezpieczonych, Ubezpieczający sporządza korektę. Ubezpieczający dokonuje korekty błędu w formie uzgodnionej z Ubezpieczycielem w terminie 30 dni od daty złożenia rozliczenia wymagającego korekty.
- 10.12. Jeżeli w wyniku błędu powstała nadpłata bądź niedopłata miesięcznej raty składki, to po dokonaniu korekty rozbieżność w wymaganej wysokości miesięcznej raty składki zostanie uregulowana w terminie najbliższej płatności.
- 10.12.1. Osoby przystępujące do ubezpieczenia, za które nie została przekazana w terminie pierwsza jednostkowa składka miesięczna, nie mogą zostać włączone do niniejszej Umowy procedurą korekty błędu.

11. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE JURYSDYKCJI W SPORACH POMIĘDZY UBEZPIECZAJĄCYM A UBEZPIECZYCIEM

- 11.1. Wszelkie spory, jakie mogą wynikać z związku z realizacją postanowień Umowy Generalnej Ubezpieczenia, będą rozwiązywane polubownie.
- 11.2. W razie braku możliwości porozumienia się stron, spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie przez Sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego.

12. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH ZAWARCIE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I TERMINÓW ICH WYSTAWIENIA

- 12.1. Umowa Generalna Ubezpieczenia zostanie podpisana w dwóch egzemplarzach.
- 12.2. Ubezpieczyciel niezależnie od Umowy Generalnej Ubezpieczenia wystawi na wniosek każdego z Ubezpieczających polisy potwierdzające przystąpienie do wybranego wariantu ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej Umowy.
- 12.3. Ubezpieczyciel wystawi dla każdego z Ubezpieczonych certyfikaty potwierdzające ochronę ubezpieczeniową, jej zakres oraz wysokość świadczeń dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych albo umożliwi ich wygenerowanie za pośrednictwem odpowiedniego systemu informatycznego.
 - 12.3.1. Certyfikaty zostaną wystawione nie później niż 30 dni od przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
 - 12.3.2. Certyfikaty będą każdorazowo aktualizowane w przypadku np. zmiany zakresu ubezpieczenia, wysokości świadczeń, zmiany danych osobowych Ubezpieczonego.

13. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE FORM KOMUNIKACJI I RAPORTOWANIA

- 13.1. Ubezpieczyciel wyznaczy jednostkę do technicznej obsługi Umowy Generalnej Ubezpieczenia (m. in. przyjmowania wniosków ubezpieczeniowych i wystawiania dokumentów potwierdzających ochronę ubezpieczeniową).
- 13.2. Ubezpieczyciel wyznaczy co najmniej jedną osobę do kontaktu w sprawach dotyczących Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zawiadomi o powyższym fakcie Ubezpieczającego i Brokera w treści oferty lub odrębnym pismem (w terminie 7 dni od podpisania Umowy Generalnej Ubezpieczenia), przekazując dane teleadresowe wskazanych osób. Ubezpieczyciel każdorazowo będzie powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera o zmianach w tym zakresie.
- 13.3. Formą komunikacji w niniejszej Umowie pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonymi, Brokerem a Ubezpieczycielem jest przekazywanie dokumentów osobiście oraz za pośrednictwem poczty, poczty elektronicznej.
- 13.4. Do składania oświadczeń woli przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, w tym dotyczących zmian Umowy Generalnej Ubezpieczenia w zakresie przewidzianym w umowie o wykonanie, zastrzeżona jest forma pisemna pod rygorem nieważności.
- 13.5. Każda ze stron zachowuje prawo żądania potwierdzenia odbioru przekazanych dokumentów.
- 13.6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do przedstawienia raz na 12 miesięcy raportu z realizowanej Umowy Generalnej Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku przez Ubezpieczającego lub Brokera. Raport jest sporządzony narastająco za okres od początku trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. Raport w szczególności powinien zawierać:
 - 13.6.1. zestawienia zainkasowanej składki ubezpieczeniowej w podziale na Ubezpieczającego i na wariant ubezpieczenia,
 - 13.6.2. wysokości wypłaconych świadczeń podzieloną na kwoty cząstkowe zgodne z poszczególnymi zdarzeniami zawartymi w Umowie Generalnej Ubezpieczenia oraz liczbę wypłaconych świadczeń w każdym zdarzeniu – w podziale na Ubezpieczającego i na wariant ubezpieczenia.

14. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE OKRESU KARENCJI DLA UBEZPIECZONYCH PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

- 14.1. Ubezpieczyciel akceptuje następujące uregulowania dotyczące okresów karencji:
 - 14.1.1. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **pracownika przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.1.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego, u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.1.2. zatrudnienia,
 - 14.1.2. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Małżonka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca**, w którym było to możliwe ze względu na datę:

- 14.1.2.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
- 14.1.2.2. zatrudnienia pracownika,
- 14.1.2.3. zawarcia związku małżeńskiego.
- 14.1.3. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Partnera życiowego** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia **od pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca**, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.3.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.3.2. zatrudnienia pracownika.
- 14.1.4. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Pełnoletniego Dziecka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego miesiąca**, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.4.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.4.2. zatrudnienia pracownika,
 - 14.1.4.3. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika.
- 14.1.5. Dla **osób przystępujących** do ubezpieczenia od **czwartego miesiąca** licząc od miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę:
 - 14.1.5.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.5.2. zatrudnienia pracownika;
 - 14.1.5.3. zawarcia związku małżeńskiego;
 - 14.1.5.4. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika;
 obowiązują następujące okresy karencji:
 - a) maksymalnie **9 miesięcy** dla zdarzeń: Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu, Urodzenie martwego Dziecka;
 - b) maksymalnie **6 miesięcy** dla zdarzeń: Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/udar mózgu, Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego, Zgon Dziecka, Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgon Rodzica/Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego, Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - c) maksymalnie **3 miesiące** dla zdarzeń: Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego, Poważne zachorowanie Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego, Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, Świadczenia assistance;
 - d) maksymalnie **1 miesiąc** dla zdarzeń: Dienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego, Karta apteczna.
- 14.1.6. W przypadku wskazania przez pracownika nowego Partnera życiowego zgodnie z zapisami pkt 8.3.3., dla Partnera życiowego jako Współubezpieczonego i/lub Ubezpieczonego, obowiązują okresy karencji opisane w pkt 14.1.5.
- 14.2. Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.

15. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

- 15.1. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczonemu bez względu na jego wiek, który przestanie być uczestnikiem Umowy Generalnej Ubezpieczenia, a także zapewni:
 - 15.1.1. dożywotnią gwarancję minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w pkt 15.11.,
 - 15.1.2. stopę składki określonej w pkt 15.12. w odniesieniu do sumy ubezpieczenia, z którą osoba ubezpieczona przystąpiła do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- 15.2. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji osobom, które wyrażą taką wolę na czas: przebywania na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym, bezpłatnym.
- 15.3. Ubezpieczyciel nie będzie stosował zapisów ograniczających przystępowanie osób z orzeczoną niezdolnością do pracy, osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopowach macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich, wychowawczych oraz urlopowach bezpłatnych.
- 15.4. Ubezpieczający poinformuje pracownika o możliwości indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po wystąpieniu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.5. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek za 3 miesiące poprzedzające moment wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Do tego okresu zalicza się Ubezpieczonemu nieprzerwany okres ubezpieczenia wynikający z Poprzedniej

- umowy ubezpieczenia (ciągłość ubezpieczenia).
- 15.6. Osoba, która przystępuje do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, powinna złożyć deklarację przystąpienia do Ubezpieczyciela najpóźniej przed upływem 6 miesięcy od wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.6.1. Umożliwienie kontynuowania ubezpieczenia osobom, które złożą deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji w późniejszym okresie pozostaje do indywidualnej decyzji Ubezpieczyciela.
- 15.7. Karencja w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie obowiązuje, jeżeli Ubezpieczony złoży deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji przed upływem 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.8. W stosunku do osób, które złożą wnioski o indywidualną kontynuację ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zastosować okresy karencji wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
- 15.9. Ubezpieczyciel nie będzie stosował ankiet medycznych warunkujących przyznanie prawa do kontynuacji ani nie będzie stosował ich przed każdą rocznicą polisy w trakcie indywidualnej kontynuacji. Ubezpieczyciel nie będzie uzależniał wysokości sumy lub wysokości składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 15.10. Suma Ubezpieczenia - Ubezpieczony przechodząc na indywidualną formę kontynuacji ubezpieczenia wskazuje wybraną wysokość obowiązującej sumy ubezpieczenia: 8000.00, 9000.00, 10000.00, 11000.00, 12000.00 zł, 13000.00 zł, 14000.00 zł, 15000.00 zł.
- 15.11. Minimalny zakres indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia :
- 15.11.1. Zgon Ubezpieczonego 100% SU;
- 15.11.2. Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku 200% SU;
- 15.11.3. trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku - 1% zadeklarowanej SU za 1% orzeczonego uszczerbku;
- 15.11.4. Zgon Współmałżonka 100 % SU;
- 15.11.5. Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka 20% SU;
- 15.11.6. Zgon Dziecka 20% SU;
- 15.11.7. Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu 10% SU;
- 15.11.8. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego 40% SU.
- 15.12. Maksymalna wysokość stopy składki miesięcznej nie przekroczy 7,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia.

16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WARIANTÓW I ICH ZAKRESÓW

- 16.1. Obowiązujące warianty ubezpieczenia znajdują się w tabeli nr 1 w Rozdziale II.
- 16.2. Ochroną ubezpieczeniową, w dowolnie wybranym wariantcie ubezpieczenia, objęci zostaną pracownicy Ubezpieczającego oraz Małżonkowie/Partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci pracowników, którzy złożą deklarację przystąpienia.
- 16.3. Małżonek/Partner życiowy pracownika oraz Pełnoletnie Dziecko pracownika Ubezpieczającego, będą objęci ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie i na takich samych warunkach jak ubezpieczony pracownik.
- 16.4. Objętemu ochroną ubezpieczeniową pracownikowi oraz członkom jego rodziny przysługuje prawo zmiany wariantu ubezpieczenia w rocznicę Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W przypadku zmiany wariantu obowiązują karencje pomiędzy różnicą wysokości świadczeń i zakresem ochrony ubezpieczeniowej – zgodnie z pkt. 14.1. Rozdziału I niniejszej Umowy.

17. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE REALIZACJI UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

- 17.1. Ubezpieczyciel stwierdzi zasadność wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera życiowego, zgonu Rodziców, zgonu Rodziców Współmałżonka/Partnera życiowego, zgon Dziecka oraz urodzenia się Dziecka i wypłaci świadczenie maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od dnia dostarczenia pełnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 17.2. Świadczenia z tytułu innych zdarzeń niż określone w pkt 17.1. Ubezpieczyciel wypłaci w ciągu 30 dni roboczych od daty zgłoszenia roszczenia. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel realizuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych było możliwe.
- 17.3. Świadczenia zostaną wypłacone w sposób uzgodniony z osobą uprawnioną na indywidualny rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres lub w formie odbioru osobistego w kasie banku

- wskazanego przez Ubezpieczyciela.
- 17.4. Ubezpieczyciel zorganizuje komisje lekarskie oraz badania lekarskie na terenie Zgierza.
- 17.5. Ubezpieczyciel ma prawo zaoczne orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia, Ubezpieczonym przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską.
- 17.6. Ubezpieczyciel ma obowiązek za każdym razem określić i udostępnić Ubezpieczonemu wykaz pełnej dokumentacji, niezbędnej do realizacji świadczenia.
- 17.7. W przypadku, gdy zajście wypadku powoduje powstanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z więcej niż jednego zdarzenia ujętego w Umowie Generalnej Ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich zdarzeń zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia Ubezpieczyciela.

18. LICZEBNOŚĆ GRUPY OBJĘTEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- 18.1. Struktura pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o. przedstawiona jest w Załączniku do opisu przedmiotu zamówienia – CZĘŚĆ II (Dane do oceny ryzyka).
- 18.2. Ubezpieczający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy Ubezpieczającego skorzystają z możliwości przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 18.3. Ubezpieczający, na podstawie dotychczasowego poziomu uczestnictwa w programie ubezpieczeń grupowych, przewiduje objęcie ochroną nie mniej niż 50% struktury zatrudnionych.
- 18.4. Zmiana liczby ubezpieczonych w okresie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia ani na wysokość składki za jednego Ubezpieczonego.
- 18.5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach czterech wariantów ubezpieczenia, bez względu na liczbę osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach każdego z wariantów.

19. ZMIANA FORMY PRAWNEJ LUB NAZWY UBEZPIECZAJĄCEGO

- 19.1. Ubezpieczyciel przyjmuje do wiadomości, że jednostki wskazane w Rozdziale I, pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia posiadają prawo przystąpienia do niniejszej Umowy.
- 19.1.1. W przypadku zmiany nazwy i adresu siedziby jednostki wskazanej w Rozdziale I, pkt. 1.4. Umowy Generalnej Ubezpieczenia, jednostka zobowiązana jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty wprowadzenia zmiany.
- 19.2. Jeżeli w okresie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia zostaną utworzone nowe jednostki organizacyjne Gminy Miasto Zgierz poprzez utworzenie/podział/wydzielenie/połączenie istniejących jednostek, będą one miały prawo być uczestnikami niniejszej Umowy.
- 19.3. Jeżeli w okresie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia, chęć przystąpienia do niniejszej Umowy zgłoszą jednostki organizacyjne Gminy Miasta Zgierz, które wstępnie nie zgłosiły akcesu przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia, będą one miały prawo być uczestnikami niniejszej Umowy.
- 19.4. W przypadku zajścia zdarzeń opisanych w pkt 19.1. i 19.2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do nieprzerwanego kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej obejmującej wszystkie zdarzenia opisane w Umowie Generalnej Ubezpieczenia oraz do wystawienia odpowiednich dokumentów do umów ubezpieczenia potwierdzających stan aktualny.

ROZDZIAŁ II
ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1.11. W Umowie Generalnej Ubezpieczenia obowiązują wysokości świadczeń wskazane przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierz, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o.:

Lp.	Zdarzenia ubezpieczeniowe	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV
1	Zgon Ubezpieczonego	50 000,00 zł	63 000,00 zł	85 000,00 zł	120 000,00 zł
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	100 000,00 zł	126 000,00 zł	170 000,00 zł	240 000,00 zł
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	150 000,00 zł	190 000,00 zł	240 000,00 zł	300 000,00 zł
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	150 000,00 zł	190 000,00 zł	240 000,00 zł	300 000,00 zł
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych	200 000,00 zł	274 000,00 zł	320 000,00 zł	380 000,00 zł
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	80 000,00 zł	94 000,00 zł	140 000,00 zł	165 000,00 zł
7	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku – za 1%	430,00 zł	500,00 zł	650,00 zł	850,00 zł
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/ udaru mózgu - za 1%	400,00 zł	460,00 zł	650,00 zł	850,00 zł
9	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	15 000,00 zł	25 000,00 zł	25 000,00 zł	30 000,00 zł
10	Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego ubezpieczonego	16 500,00 zł	23 000,00 zł	25 000,00 zł	25 000,00 zł
11	Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku	33 000,00 zł	45 000,00 zł	49 000,00 zł	50 000,00 zł
12	Poważne zachorowanie Współmałżonka/Partnera życiowego	2 300,00 zł	2 800,00 zł	4 000,00 zł	4 000,00 zł
13	Zgon Dziecka	4 000,00 zł	5 500,00 zł	7 500,00 zł	-
14	Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu	1 500,00 zł	1 800,00 zł	2 550,00 zł	-
15	Urodzenie martwego Dziecka	3 000,00 zł	3 600,00 zł	5 100,00 zł	-
16	Poważne zachorowanie Dziecka Ubezpieczonego	3 600,00 zł	9 000,00 zł	4 000,00 zł	-
17	Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego	4 200,00 zł	8 000,00 zł	6 500,00 zł	-
18	Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego	2 200,00 zł	2 700,00 zł	3 200,00 zł	3 300,00 zł
19	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	170,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	200,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	245,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	280,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
		170,00 zł/dzień – od 15 dnia	200,00 zł/dzień – od 15 dnia	245,00 zł/dzień – od 15 dnia	280,00 zł/dzień – od 15 dnia

		pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	pobytu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
		75,00 zł/dzień – pobyt spowodowany chorobą	80,00 zł/dzień – pobyt spowodowany chorobą	85,00 zł/dzień – pobyt spowodowany chorobą	95,00 zł/dzień – pobyt spowodowany chorobą
		210,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	250,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	350,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym	380,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym
		210,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	250,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	350,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych	380,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w trakcie wykonywania czynności zawodowych
		270,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	340,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	460,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych	475,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w trakcie wykonywania czynności zawodowych
		150,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	160,00 zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu
		550,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii	820,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii	850,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii	850,00 zł – świadczenie jednorazowe z tytułu pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii
		33,00 zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	35,00 zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	40,00 zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji	45,00 zł/dzień – do 30 dnia rekonwalescencji
20	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	4 500,00 zł	6 500,00 zł	5 500,00 zł	6 500,00 zł
21	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	8 500,00 zł	9 500,00 zł	10 000,00 zł	12 500,00 zł
22	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	SU 3 600,00 zł	SU 4 000,00 zł	SU 3 600,00 zł	SU 4 000,00 zł
23	Karta Apteczna	100,00 zł	350,00 zł	350,00 zł	350,00 zł
24	Assistance	Tak	Tak	Tak	Tak

SEKCJA I. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM UBEZPIECZONEGO

1. ZGON UBEZPIECZONEGO

- 1.1. Za **zgon Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego bez względu na jego przyczynę, jeżeli nastąpił w okresie obowiązywania odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z niniejszej Umowy.
- 1.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie ubezpieczenia np.: Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku lub Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
- 1.3. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa, to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa, staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u Ubezpieczającego;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - e) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

2. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- 2.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. Za zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
- 2.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie np.: Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu.
- 2.3. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu

- h) prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- i) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- j) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- k) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- l) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- m) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

3. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

- 3.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny.
- 3.2. Za wypadek komunikacyjny uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 3.3. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
- 3.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - h) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - i) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - j) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - k) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - l) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

4. **ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POWSTAŁEGO W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH**

- 4.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy tym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego.
- 4.2. Za wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
 - w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 4.3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych w odniesieniu do Ubezpieczonych nie będących pracownikami Ubezpieczającego tj. Małżonków/Partnerów życiowych, Pełnoletnich dzieci, a także pracowników nie zatrudnionych na umowę o pracę.
- 4.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował – jeżeli było to bezpośrednią przyczyną wypadku;
 - sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

- m) pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

5. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO POWSTAŁEGO W TRAKCIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH

- 5.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek komunikacyjny w trakcie wykonywania czynności zawodowych a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
- 5.2. Za wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy (potwierdzony przez służby BHP). Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 5.3. Za wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - d) w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 5.4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych w odniesieniu do Ubezpieczonych nie będących pracownikami Ubezpieczającego tj. Małżonków/Partnerów życiowych, Pełnoletnich dzieci, a także pracowników nie zatrudnionych na umowę o pracę.
- 5.5. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - h) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - i) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;

- j) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- k) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- l) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- m) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

6. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

- 6.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, który nastąpił niezależnie od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu zdefiniowany w diagnozie lekarskiej, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem Ubezpieczonego.
- 6.2. Za **zawał serca** uważa się – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego, potwierdzoną przez standardowe procedury medyczne.
- 6.3. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 6.4. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem zgon Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym zgon Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 6.5. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - e) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

7. OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- 7.1. Za **osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez Dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ.
- 7.2. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;

- e) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.
- 7.3. Świadczenie przysługuje każdemu z dzieci Ubezpieczonego.

SEKCJA II. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM I ZDROWIEM WSPÓŁUBEPIECZONYCH

1. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

- 1.1. Za **zgon Współmałżonka/Partnera życiowego** Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon bez względu na jego przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.2. Ubezpieczyciel nie stosuje ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu Współmałżonka/Partnera życiowego.
- 1.3. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Współubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - popętnienia przez Współubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

2. ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- 2.1. Za zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek.
- 2.2. Za zgon Współubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem osoby Współubezpieczonej.
- 2.3. Ubezpieczyciel nie ogranicza odpowiedzialności co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 2.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Współubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Współubezpieczonego, jeżeli Współubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - prowadzenia pojazdu przez Współubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - zatrucia u Współubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków

farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;

- h) uszkodzeń ciała Współubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- i) samookaleczenia lub popełnienia przez Współubezpieczonego samobójstwa;
- j) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- k) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

3. ZGON DZIECKA

3.1. Za **zgon Dziecka** Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Dziecka bez względu na jego przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

3.2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

4. ZGON RODZICA LUB RODZICA WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

4.1. Za **zgon matki lub ojca** Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon matki lub ojca Ubezpieczonego i zgon matki lub ojca Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego bez względu na jego przyczynę, który nastąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

4.2. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczania odpowiedzialności Ubezpieczyciela co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu zgonu Rodzica Ubezpieczonego, Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego.

4.3. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

5. URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

5.1. Za **urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się urodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez urząd stanu cywilnego, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako Rodzic tego Dziecka. Za urodzenie się Dziecka uważa się także przysposobienie Dziecka w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

5.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

5.3. W przypadku przysposobienia Dziecka, jako datę urodzenia Dziecka uważa się datę wydania przez sąd postanowienia o przysposobieniu.

6. URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

6.1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu urodzenia się martwego Dziecka Ubezpieczonego, jeżeli urodzenie to zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonego został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

6.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko martwo urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

7. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

7.1. **Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:**

- 7.1.1. **zdiagnozowanie** – w przypadku następujących jednostek chorobowych: anemii aplastycznej, cukrzycy, dystrofii mięśni, łagodnego guza mózgu, niewydolności nerek, niewydolności wątroby, nowotworu złośliwego, paraliżu, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku, zapalenia mózgu, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
- 7.1.2. **zajście nieszczęśliwego wypadku** w trakcie trwania niniejszej Umowy – w przypadku: oparzenia, utraty słuchu, utraty wzroku, paraliżu, śpiączki;
- 7.1.3. **przeprowadzenie operacji** – w przypadku: przeszczepu narządów/transplantacji organów;
- 7.1.4. **zakażenie** – w przypadku zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi;
- 7.1.5. **zapadnięcie w śpiączkę** – w przypadku śpiączki.

7.2. DEFINICJE WYMAGANYCH JEDNOSTEK CHOROBY

- 7.2.1. Za **anemię aplastyczną** uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
- 7.2.2. Za **cukrzycę** uważa się taką chorobę, która oznacza cukrzycę typu 1 (insulinozależną) wymagającą leczenia insuliną ze względu na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa.
- 7.2.3. Za **dystrofię mięśni** uważa się taką chorobę, która oznacza grupę uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które na skutek zmian chorobowych (np. zaniku i przykurczy tych mięśni) spowodują trwałą niezdolność Dziecka do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni.
- 7.2.4. Za **łagodny guz mózgu** uważa się guzy niesklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwioaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.
- 7.2.5. Za **niewydolność nerek** uważa się taką niewydolność, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie, czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
- 7.2.6. Za **niewydolność wątroby** uważa się taką chorobę, która oznacza krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby będącą przyczyną niewydolności. Rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną oraz występowaniem jednego z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusze i powiększenie śledziona;
 - b) marskość wątroby;
 - c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wątrobowa.

W razie wystąpienia niewydolności wątroby oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C (o ile taką jednostkę chorobową przewidują warunki Ubezpieczyciela), świadczenie zostanie wypłacone za jedną jednostkę chorobową.
- 7.2.7. Za **nowotwór złośliwy** uważa się taki nowotwór, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezłośliwe. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu Ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym;
 - b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny;
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ;
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 7.2.8. Za **oparzenie** uważa się tylko takie ciężkie oparzenie, które jest uszkodzeniem tkanek spowodowanym działaniem czynników cieplnych, chemicznych lub elektrycznych, w wyniku którego dojdzie do oparzenia trzeciego stopnia, o rozległości co najmniej 20% powierzchni ciała

ocenianej według tablicy Lunda i Browdera albo – dla dzieci w wieku powyżej 15 lat – według „reguły dziewiątek”.

- 7.2.9. Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowiczne (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia lub quadriplegia).
- 7.2.10. Za **przeszczep narządów/transplantację organów** uważa się leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuca, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terenie RP lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terenie RP ośrodka transplantologii.
- 7.2.11. Za **śpiączkę** w następstwie choroby lub wypadku, uważa się stan utraty przytomności 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:
- a) stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę z zakresu neurologii lub
 - b) trwała i nieodwracalna niezdolność:
 - przemieszczania się z pokoju do pokoju po płaskiej nawierzchni lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy lub
 - c) uzyskanie wyniku poniżej 16 pkt. w skali MMSE (Mini-Mental State Examination).
- Skala MMSE, czyli krótka skala oceny stanu psychicznego, ilościowa skala służąca do oceny głębokości zaburzeń procesów poznawczych (pamięci i intelektu) u osób z podejrzeniem otępienia, której wynik zawiera się w przedziale od 0 do 30 pkt. Przedmiotem oceny jest orientacja w czasie (od 0 do 5 pkt) i miejscu (od 0 do 5 pkt), zapamiętywanie (od 0 do 3 pkt), uwaga i liczenie (od 0 do 5 pkt), przypomnienie (od 0 do 3 pkt), funkcje językowe (od 0 do 8 pkt), praktyka konstrukcyjna (od 0 do 1pkt). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- 7.2.12. Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w następstwie resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalistycznym (lekarz otolaryngologa, neurologa). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mowy, która może być skorygowana przy zastosowaniu procedur terapeutycznych. Uznanie roszczenia przez Ubezpieczyciela z tytułu utraty mowy dotyczy jedynie przyczyn chorobowych i wyklucza możliwość uznania roszczenia w przypadku utraty mowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 7.2.13. Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym lub obojgu uszach, powstałą w następstwie choroby lub wypadku, potwierdzoną wynikami badań audiometrycznych i badania progu słyszenia dźwięków. W przypadku utraty słuchu w obojgu uszach, utrata słuchu musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko pierwszego roku życia, a w przypadku utraty słuchu w jednym uchu – nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 2 lat.
- 7.2.14. Za **utratę wzroku** uważa się taką utratę wzroku w następstwie choroby lub wypadku, która oznacza nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku (brak poczucia światła) lub obuoczne koncentryczne zwężenie pola widzenia poniżej 20 stopni lub mniej. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia.
- 7.2.15. Za **zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi** uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.
- 7.2.16. Za **zapalenie mózgu** uważa się taką chorobę, która oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej 3 tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.
- 7.2.17. Za **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się chorobę spowodowaną procesem zapalnym umiejscowionym w oponie miękkiej, którego przyczyną jest zakażenie wirusowe lub

bakteryjne prowadzące do istotnych powikłań trwających co najmniej 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

- 7.3. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie u Dziecka Ubezpieczonego każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie wystąpiła wskutek działania tego samego czynnika patogennego i nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił wcześniejsze świadczenie.
- 7.4. W niniejszej umowie nie stosuje się wymogu minimalnego okresu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela, ani ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, ani ograniczenia częstotliwości wypłat.
- 7.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wcześniejszych chorób lub stanów chorobowych, pod warunkiem, że Ubezpieczony objęty był Poprzednią umową ubezpieczenia, w której istniała odpowiedzialność za dane poważne zachorowanie u Dziecka Ubezpieczonego. Wysokość kwoty świadczenia ustalana jest według wariantu ubezpieczenia obowiązującego dla Ubezpieczonego w dniu diagnozy poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego.
- 7.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone (rozumiane jako metoda postępowania z jednostką chorobową np. przeprowadzenie operacji) w okresie 5 lat kalendarzowych przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 7.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Dziecka Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Dziecko Ubezpieczonego, jeżeli Dziecko nie posiadało odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Dziecko Ubezpieczonego, jeżeli było ono po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - g) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Dziecko Ubezpieczonego, w przypadku gdy pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - h) nieszczęśliwego wypadku jako wyniku zatrucia Dziecka Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - i) uszkodzeń ciała Dziecka Ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - j) wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych podczas pracy wykonywanej przez Dziecko Ubezpieczonego bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;

- k) samookaleczenia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego samobójstwa;
- l) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym przez Dziecko Ubezpieczonego;
- m) pozostawiania przez Dziecko w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną poważnego zachorowania Dziecka.

8. POWAŻNE ZACHOROWANIE WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

8.1. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:

- 8.1.1. **zdiagnozowanie** – w przypadku następujących jednostek chorobowych: anemii aplastycznej, choroby Creutzfeldta – Jakoba, choroby Parkinsona, łagodnego guza mózgu, niewydolności nerek, nowotwór złośliwego, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, oponiaka, paraliżu, schyłkowej niewydolności oddechowej, sepsy, udaru mózgu, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku, wścieklizny, zapalenia mózgu, zawału serca, zgorzeli gazowej;
- 8.1.2. **zajście nieszczęśliwego wypadku** w trakcie trwania niniejszej Umowy – w przypadku: oparzenia, paraliżu, śpiączki, utraty słuchu, utraty wzroku;
- 8.1.3. **przeprowadzenie operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych by-pass, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, przeszczepu narządów/transplantacji organów, ropnia mózgu;
- 8.1.4. **zakażenie** – w przypadku zakażenia: tęzczem, wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowych,;
- 8.1.5. **zapadnięcie w śpiączkę** – w przypadku śpiączki.

8.2. DEFINICJE WYMAGANYCH JEDNOSTEK CHOROBYCH

- 8.2.1. Za **anemię aplastyczną** uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
- 8.2.2. Za **bąblowiec mózgu** uważa się usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.
- 8.2.3. Za **chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych by-pass** uważa się przeprowadzenie u Ubezpieczonego z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia, co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, poprzez wytworzenie przepływu omijających (by – pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.
- 8.2.4. Za **chorobę Creutzfeldta – Jakoba** uważa się chorobę zakaźną charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
- 8.2.5. Za **chorobę Parkinsona** uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie, co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
- 8.2.6. Za **łagodny guz mózgu** uważa się guzy niesklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiałków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. W przypadku wystąpienia łagodnego guza mózgu oraz oponiaka, świadczenie zostanie wypłacone za jedną jednostkę chorobową.
- 8.2.7. Za **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, który oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.

- 8.2.8. Za **niewydolność nerek** uważa się taką niewydolność, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
- 8.2.9. Za **nowotwór złośliwy** uważa się taki nowotwór, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarniczne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu Ubezpieczenia zostają wyłączone:
- wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym;
 - wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny;
 - nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ;
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 8.2.10. Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego
- 8.2.11. Za **oparzenia** uważa się takie oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
- ponad 60 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - ponad 15 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
- Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała.
- 8.2.12. Za **oponiaka** uważa się oponiak, który oznacza potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Ochroną nie są objęte jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego.
- 8.2.13. Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowiczne (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia lub quadriplegia).
- 8.2.14. Za **przeszczep narządów/transplantację organów** uważa się leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terenie RP lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terenie RP ośrodka transplantologii.
- 8.2.15. Za **ropień mózgu** uważa się uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
- 8.2.16. Za **schyłkową niewydolność oddechową** uważa się uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- natężona objętość wydechu jednonosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższe niż 55 mmHg,
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- 8.2.17. Za **sepsę** uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
- 8.2.18. Za **śpiączkę** w następstwie choroby lub wypadku, uważa się stan utraty przytomności 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:

- a) stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę z zakresu neurologii lub
 - b) trwała i nieodwracalna niezdolność:
 - przemieszczania się z pokoju do pokoju po płaskiej nawierzchni, lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy, lub
 - c) uzyskanie wyniku poniżej 16 pkt w skali MMSE (Mini-Mental State Examination).
- Skala MMSE, czyli krótka skala oceny stanu psychicznego, ilościowa skala służąca do oceny głębokości zaburzeń procesów poznawczych (pamięci i intelektu) u osób z podejrzeniem otępienia, której wynik zawiera się w przedziale od 0 do 30 pkt. Przedmiotem oceny jest orientacja w czasie (od 0 do 5 pkt) i miejscu (od 0 do 5 pkt), zapamiętywanie (od 0 do 3 pkt), uwaga i liczenie (od 0 do 5 pkt), przypomnianie (od 0 do 3 pkt), funkcje językowe (od 0 do 8 pkt), praktyka konstrukcyjna (od 0 do 1pkt). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.
- 8.2.19. Za **tężec** uważa się chorobę charakteryzującą się wzmożoną pobudliwością i kurczliwością mięśni, leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 8.2.20. Za **udar mózgu** uważa się taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi, rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 8.2.21. Za **utratę kończyn** uważa się taką utratę kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
 - a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych;
 - b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.
- 8.2.22. Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w następstwie resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalistycznym (przeprowadzonym przez lekarza otolaryngologa lub neurologa). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mowy, która może być skorygowana przy zastosowaniu procedur terapeutycznych. Uznanie roszczenia przez Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej utraty mowy wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do całkowitej utraty mowy. Uznanie roszczenia przez Ubezpieczyciela z tytułu utraty mowy dotyczy jedynie przyczyn chorobowych i wyklucza możliwość uznania roszczenia w przypadku utraty mowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 8.2.23. Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w następstwie choroby lub wypadku, o ile stan całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone opinią otolaryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty słuchu oraz wynikiem badania audiometrycznego.
- 8.2.24. Za **utratę wzroku** uważa się tylko taką utratę wzroku w następstwie choroby lub wypadku, która oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia.
- 8.2.25. Za **wściekliznę** uważa się chorobę leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
- 8.2.26. Za **zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych** uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone:
 - a) prawomocnym orzeczeniem sądu albo
 - b) inną wiarygodną dokumentacją.
- 8.2.27. Za **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi** uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby

niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.

- 8.2.28. Za **zapalenie mózgu** uważa się taką chorobę, która oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej 3 tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.
- 8.2.29. Za **zawał serca** uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
- a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych;
- oraz co najmniej dwóch z poniższych:
- b) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - d) wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 8.2.30. Za **zgorzel gazową** uważa się chorobę leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum.
- 8.3. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie u Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności. W przypadku wystąpienia u Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Małżonka/Partnera życiowego ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie wystąpiła wskutek działania tego samego czynnika patogenego i nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił wcześniejsze świadczenie.
- 8.4. W niniejszej umowie nie stosuje się wymogu minimalnego okresu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela, ani ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, ani ograniczenia częstotliwości wypłat.
- 8.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wcześniejszych chorób lub stanów chorobowych, pod warunkiem, że Ubezpieczony objęty był Poprzednią umową ubezpieczenia, w której istniała odpowiedzialność za dane poważne zachorowanie u Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego. Wysokość kwoty świadczenia ustalana jest według wariantu ubezpieczenia obowiązującego dla Ubezpieczonego w dniu diagnozy poważnego zachorowania u Małżonka/Partnera życiowego.
- 8.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone (rozumiane jako metoda postępowania z jednostką chorobową np. przeprowadzenie operacji) w okresie 5 lat kalendarzowych przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 8.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;

- e) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek/Partner życiowy nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli Małżonek/Partner Życiowy był po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- g) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- h) nieszczęśliwego wypadku jako wyniku zatrucia Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- i) uszkodzeń ciała Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- j) wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych podczas pracy wykonywanej przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- k) samookaleczenia lub popełnienia przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego samobójstwa;
- l) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego;
- m) pozostawania przez Małżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną poważnego zachorowania Małżonka.

SEKCJA III. ZDARZENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM UBEZPIECZONEGO

1. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- 1.1. **Za trwały uszczerbek na zdrowiu powstały skutek nieszczęśliwego wypadku** na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
- 1.2. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy trwały uszczerbek na zdrowiu zaistniał na skutek nieszczęśliwego wypadku powstałego bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;

- d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - h) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - i) samookaleczenia lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - j) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - k) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - l) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 1.3. Ubezpieczyciel nie będzie brał pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 1.4. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 1.5. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia uszczerbku i płatna jest od, co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
- 1.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 1.7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwały uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 1.8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK ZAWAŁU SERCA/UDARU MÓZGU

- 2.1. **Za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwały uszczerbek, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
- 2.2. Zawał serca lub udar mózgu powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego musi wystąpić w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z niniejszej Umowy.
- 2.3. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 2.4. Za zawał serca uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
- a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości

referencyjnych

oraz co najmniej jedno z poniższych:

- b) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - d) wystąpienie patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 2.5. Za udar mózgu uważa się – nagle, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utralone ubytki neurologiczne.
- 2.6. Za trwałe uszczerbek na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
- 2.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy trwałe uszczerbek na zdrowiu powstał na skutek zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście zawału serca/udaru mózgu;
 - f) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - g) samookaleczenia lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - h) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 2.8. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 2.9. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 2.10. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i płatna jest od co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji przez lekarza.
- 2.11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 2.12. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwałe uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesiąc od daty zawału serca / udaru mózgu.
- 2.13. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego zawału serca/udaru mózgu w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

3.1. Definicje:

- 3.1.1. Za **szpital** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę usług zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Nie uzależnia się uznania placówki za szpital od posiadania przez nią oddziałów specjalistycznych, w szczególności oddziału chirurgicznego.
- 3.1.2. Za **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej OIOM (Oddział Intensywnej Terapii OIT)** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym i nadzorem lekarzy specjalistów przez 24 godziny na dobę. Zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia.
- 3.1.3. Za **pobyt w szpitalu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu.
- 3.1.4. Za **rekonwalescencję** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne Ubezpieczonego.
- 3.1.5. Za **chorobę** na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się stan organizmu stwierdzony przez lekarza, polegający na nieprawidłowej reakcji organów lub narządów, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, niezależne od jego woli, powodujące konieczność leczenia szpitalnego.
- 3.1.6. Za **wypadek komunikacyjny** uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 3.1.7. Za **wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych** uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
 - w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 3.1.8. Za **wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych** uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy (potwierdzony przez służby BHP). Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 3.1.9. Za **zawał serca** uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
- wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych
oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 3.1.10. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utralone

- ubytki neurologiczne.
- 3.2. Minimalne zasady wypłaty świadczenia szpitalnego.
- 3.2.1. Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego należne jest za:
- 3.2.1.1. **pobyt w szpitalu spowodowany chorobą** trwający minimum 2 dni,
- 3.2.1.2. **pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem**, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, trwający minimum 1 dzień. Za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.
- 3.2.1.3. **pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu**, trwający co najmniej 2 dni. Za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu zawału serca lub udaru.
- 3.2.1.4. **pobyt na OIOM/OIT** trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.
- 3.2.1.5. **rekonwalescencja** - trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu.
- 3.2.2. **Limit maksymalnego pobytu w szpitalu**, za który wypłacane jest świadczenie wynosi **180 dni w każdym roku polisowym**. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne.
- 3.2.3. Świadczenie za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na OIOM/OIT wypłacane jest w formie ryczałtu, świadczenia jednorazowego. Jeżeli Ubezpieczyciel w swoich ogólnych warunkach ubezpieczenia przewiduje wypłatę świadczenia jako stawki dziennej za każdy objęty ochroną dzień pobytu na OIOM/OIT - może zastosować takie rozwiązanie. Świadczenie w formie stawki dziennej jest wypłacane za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na OIOM/OIT jednak nie więcej niż za 5 dni pobytu.
- 3.2.4. W przypadku rekonwalescencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do pierwszych 30 dni po danym pobycie w szpitalu, maksymalnie do 90 dni w roku polisowym.
- 3.2.5. Ubezpieczony może zgłosić roszczenie z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego:
- 3.2.5.1. niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
- 3.2.5.2. po 30 lub 60 dniu tego pobytu - w przypadku długotrwałego pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie powyżej 30 dni.
- 3.3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie również za hospitalizacje, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wypadków, chorób lub stanów chorobowych występujących w trakcie odpowiedzialności za pobyt w szpitalu u Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 3.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza - o ile spowodowało to konieczność leczenia szpitalnego;

- h) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - i) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - j) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
 - k) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - l) chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV chyba, że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi lub w wyniku wykonywania czynności służbowych;
 - m) leczenia i zabiegów stomatologicznych chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - n) ciąży, porodu, porożu, poronienia samoistnego lub sztucznego – z wyłączeniem ciąży wysokiego ryzyka, powikłania ciąży, komplikacji porożu oraz przerwania ciąży w przypadkach określonych w art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o Planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży;
 - o) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakemu uległ Ubezpieczony w okresie obowiązywania niniejszej Umowy lub skutków poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością z niniejszej Umowy;
 - p) wykonywania Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, diagnostyki laboratoryjnej, badań biochemicznych, badań rentgenowskich i innych badań (o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - q) leczenia niepłodności;
 - r) nieszczęśliwego wypadku powstałego w wyniku uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - s) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 3.4.1. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem w domach opieki społecznej, hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, szpitalach więziennych, zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w sanatoriach, w prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, w zakładach opieki zdrowotnej, które nie są uprawnione do wykonywania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz oddziałach rehabilitacyjnych (z wyłączeniem pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby – przy zachowaniu ciągłości pobytu w przypadku przenoszenia pacjenta pomiędzy placówkami medycznymi), pod warunkiem, że pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany był z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą, bezpośrednio poprzedzający rehabilitację – objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela).
- 3.4.2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli pobyt w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje rekonwalescencja spowodowany był leczeniem niepłodności.
- 3.4.3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli rekonwalescencja ma miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
- 3.5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia również w przypadku pobytu w szpitalu związanego z wadą wrodzoną lub schorzeniem będącym jej skutkiem.
- 3.6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia bez względu na stan zdrowia Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 3.7. W niniejszej Umowie nie ma zastosowania uzależnienie wypłaty świadczenia za pobyt na OIOM/OIT od przyczyny tego pobytu, z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności opisanych w powyższym pkt 3.4.

4. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

- 4.1. **Definicje:** za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego uważa się co najmniej:

- 4.1.1. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **chemioterapii** – tj. leczenia choroby nowotworowej metodą systemową za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- 4.1.2. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **radioterapii** – tj. leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
- 4.1.3. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **terapii interferonowej** – tj. podawanie drogą pozajelitową interferonu pegylowanego alfa w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
- 4.1.4. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **kardiowertera/defibrylatora** – tj. wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w przypadku zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia,
- 4.1.5. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **rozzrusznika serca** – tj. wszczepienie Ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca (kardiostymulatora/stymulatora serca),
- 4.1.6. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **ablacji** – tj. przeprowadzenie zabiegu za pomocą prądu zmiennego o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
- 4.2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty świadczenie od dnia:
 - 4.2.1. podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 4.2.2. podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 4.2.3. wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozzrusznika serca lub wykonania ablacji.
- 4.3. Ubezpieczyciel gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za przeprowadzenie każdej z metod leczenia objętych zakresem Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego.
- 4.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 - 4.4.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
 - 4.4.2. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty tylko jednego świadczenia.
 - 4.4.3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) poddania się Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - b) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej.

5. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

- 5.1. **Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:**
 - 5.1.1. **zdiagnozowanie** – w przypadku następujących jednostek chorobowych: anemii aplastycznej, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, bąblowca mózgu, boreliozy, choroby Alzheimerera, choroby Creutzfeldta – Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, gruźlicy, łagodnego guza mózgu, martwicy trzustki, niewydolności nerek, niewydolności wątroby, nowotworu złośliwego, odkleszczowego wirusowe zapalenie mózgu, oponiaka, paraliżu, przewlekłego zapalenia wątroby, ropnia mózgu, schyłkowej niewydolności oddechowej, sepsy, stwardnienia rozsianego, śpiączki, udaru mózgu, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku, wścieklizny, zapalenia mózgu, zawału serca, zgorzeli gazowej;
 - 5.1.2. **zajście nieszczęśliwego wypadku** w trakcie trwania niniejszej Umowy – w przypadku: oparzenia, paraliżu, śpiączki, utraty słuchu, utraty wzroku;
 - 5.1.3. **przeprowadzenie operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych by-pass, martwicy trzustki, maszynowego zator tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, operacji aorty, przeszczepu narządów/transplantacji organów, ropnia mózgu, wszczepienia zastawki serca;
 - 5.1.4. **zakażenie** – w przypadku zakażenia: tęzczem, wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi oraz w związku z wykonywaniem czynności zawodowych;
 - 5.1.5. **zapadnięcie w śpiączkę** – w przypadku śpiączki.
- 5.2. **DEFINICJE WYMAGANYCH JEDNOSTEK CHOROBY**
 - 5.2.1. Za **anemię aplastyczną** uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
 - 5.2.2. Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się tylko takie bakteryjne

- zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną.
- 5.2.3. Za **bakteryjne zapalenie wsierdza** uważa się pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca.
- 5.2.4. Za **bąblowiec mózgu** uważa się usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.
- 5.2.5. Za **boreliozę** (krętkowica) uważa się chorobę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego. Wyłączeniu podlega postać skórna choroby.
- 5.2.6. Za **chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych by-pass** uważa się przeprowadzenie u Ubezpieczonego z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia, co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, poprzez wytworzenie przepływu omijających (by – pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.
- 5.2.7. Za **chorobę Alzheimera** uważa się tylko taką chorobę, która oznacza postępujące schorzenie neurodegeneracyjne, w którego przebiegu dochodzi do uszkodzenia i zaniku komórek nerwowych w różnych obszarach mózgu. Powoduje to postępującą utratę funkcji intelektualnych prowadzącą do otępienia, a w badaniach neuroobrazujących niewspółmierny do wieku zanik korowy i podkorowy mózgu, niebędący wynikiem zmian niedokrwiennych. Do uznania roszczenia konieczne będzie spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- rozpoznanie choroby Alzheimera postawione przez specjalistę neurologa,
 - uzyskanie wyniku mniejszego niż 16 pkt w skali MMSE w badaniu neuropsychologicznym,
 - stwierdzenie odstępstw od normy w badaniu neuroobrazowym (CT/MRI) polegających na zaniku korowym i podkorowym mózgu niewynikających ze zmian niedokrwiennych lub z postępującego wraz z wiekiem fizjologicznego ubytku neuronów.
- 5.2.8. Za **chorobę Creutzfelda – Jakoba** uważa się chorobę zakaźną charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
- 5.2.9. Za **chorobę Huntingtona** uważa się uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
- 5.2.10. Za **chorobę neuronu ruchowego** uważa się chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego, która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG).
- 5.2.11. Za **chorobę Parkinsona** uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących, dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie, co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmocnienia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
- 5.2.12. Za **gruźlicę** uważa się chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania

- bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłatkowego.
- 5.2.13. Za **łagodny guz mózgu** uważa się guzy niesklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwakiów, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.
- 5.2.14. Za **martwicę trzustki** uważa się zakażoną martwicę trzustki, z powodu której przeprowadzono pierwszorazową operację chirurgiczną polegającą na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.
- 5.2.15. Za **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, który oznacza usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.
- 5.2.16. Za **niewydolność nerek** uważa się taką niewydolność, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
- 5.2.17. Za **nowotwór złośliwy** uważa się taki nowotwór, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezłaziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu Ubezpieczenia zostają wyłączone:
- wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym;
 - wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny;
 - nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ;
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
- 5.2.18. Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
- 5.2.19. Za **oparzenia** uważa się takie oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
- ponad 60 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, lub
 - ponad 15 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
- Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała.
- 5.2.20. Za **operację aorty** uważa się chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
- gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,
 - jakiegokolwiek innego niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
 - operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,
 - przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.
- 5.2.21. Za **oponiaka** uważa się oponiak, który oznacza potwierdzone histopatologicznie rozpoznanie oponiaka mózgu. Ochroną nie są objęte jakiegokolwiek inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego.
- 5.2.22. Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowiczne (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia lub quadriplegia).
- 5.2.23. Za **przeszczep narządów/transplantację organów** uważa się leczenie operacyjne polegające

na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terenie RP lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terenie RP ośrodka transplantologii.

- 5.2.24. Za **przewlekłe zapalenie wątroby** uważa się potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy. Ochroną nie są objęte zapalenia wątroby, w przypadku których dodatkowym czynnikiem etiologicznym (oprócz wirusa HBV) są: alkohol, toksyny, leki.
- 5.2.25. Za **ropień mózgu** uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
- 5.2.26. Za **schyłkową niewydolność oddechową** uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) równe lub niższe niż 55 mmHg,
 - d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

- 5.2.27. Za **schyłkową niewydolność wątroby** uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:
- a) wodobrzusze i powiększenie śledziony;
 - b) marskość wątroby;
 - c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wątrobowa.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałe skutkiem nadużywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekiem. Uznanie roszczenia przez Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby wyklucza możliwość uznania przeszczepu wątroby lub śpiączki do wystąpienia których przyczyniła się schyłkowa niewydolność wątroby.

- 5.2.28. Za **sepsę** uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
- 5.2.29. Za **stwardnienie rozsiane** uważa się takie stwardnienie, które oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:
- a) badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni);
 - b) badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego;
 - c) badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego;
 - d) powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.
- 5.2.30. Za **śpiączkę** w następstwie choroby lub wypadku, uważa się stan utraty przytomności 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:
- a) stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę z zakresu neurologii, lub
 - b) trwała i nieodwracalna niezdolność:
 - przemieszczania się z pokoju do pokoju po płaskiej nawierzchni, lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy, lub
 - c) uzyskanie wyniku poniżej 16 pkt w skali MMSE (Mini-Mental State Examination).
- Skala MMSE, czyli krótka skala oceny stanu psychicznego, ilościowa skala służąca do oceny głębokości zaburzeń procesów poznawczych (pamięci i intelektu) u osób z podejrzeniem

otępienia, której wynik zawiera się w przedziale od 0 do 30 pkt. Przedmiotem oceny jest orientacja w czasie (od 0 do 5 pkt) i miejscu (od 0 do 5 pkt), zapamiętywanie (od 0 do 3 pkt), uwaga i liczenie (od 0 do 5 pkt), przypomnienie (od 0 do 3 pkt), funkcje językowe (od 0 do 8 pkt), praktyka konstrukcyjna (od 0 do 1 pkt). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

- 5.2.31. Za **tężec** uważa się chorobę charakteryzującą się wzmożoną pobudliwością i kurczliwością mięśni, leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 5.2.32. Za **udar mózgu** uważa się taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi, rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ścian naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 5.2.33. Za **utratę kończyn** uważa się taką utratę kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
- powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych;
 - powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.
- 5.2.34. Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w następstwie resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem specjalistycznym (lekarz otolaryngolog, neurolog). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mowy, która może być skorygowana przy zastosowaniu procedur terapeutycznych. Uznanie roszczenia przez Ubezpieczyciela z tytułu utraty mowy dotyczy jedynie przyczyn chorobowych i wyklucza możliwość uznania roszczenia w przypadku utraty mowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 5.2.35. Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w następstwie choroby lub wypadku, o ile stan całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone opinią otolaryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty słuchu oraz wynikiem badania audiometrycznego.
- 5.2.36. Za **utratę wzroku** uważa się tylko taką utratę wzroku w następstwie choroby lub wypadku, która oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia.
- 5.2.37. Za **wszczepienie zastawki serca** – uważa się wszczępienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.
- Za wszczępienie zastawki serca nie uważa się:
- operacji naprawczej,
 - rekonstrukcji zastawki,
 - plastyki zastawki,
 - walwulotomii.
- 5.2.38. Za **wściekliznę** uważa się chorobę leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
- 5.2.39. Za **zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych** uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, 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.
- 5.2.40. Za **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi** uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.
- 5.2.41. Za **zapalenie mózgu** uważa się taką chorobę, która oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej

będące przyczyną co najmniej 3 tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Diagnostyka musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

5.2.42. Za **zawał serca** uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:

a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy przedziału wartości referencyjnych;

oraz co najmniej dwóch z poniższych:

- b) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej);
- c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
- d) wystąpienie patologicznych załamek Q w elektrokardiogramie (EKG);
- e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
- f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.

5.2.43. Za **zgorzel gazową** uważa się chorobę leczoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum.

5.3. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie wystąpiła wskutek działania tego samego czynnika patogenego i nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił wcześniejsze świadczenie.

5.4. W niniejszej Umowie nie stosuje się wymogu minimalnego okresu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela, ani ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, ani ograniczenia częstotliwości wypłat.

5.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wcześniejszych chorób lub stanów chorobowych, pod warunkiem, że Ubezpieczony objęty był Poprzednią umową ubezpieczenia, w której istniała odpowiedzialność za dane poważne zachorowanie u Ubezpieczonego. Wysokość kwoty świadczenia ustalana jest według wariantu ubezpieczenia obowiązującego dla Ubezpieczonego w dniu diagnozy poważnego zachorowania.

5.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone (rozumiane jako metoda postępowania z jednostką chorobową np. przeprowadzenie operacji) w okresie 5 lat kalendarzowych przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

5.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
- e) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej

- konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- g) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego, w przypadku gdy pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - h) nieszczęśliwego wypadku jako wyniku zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - i) uszkodzeń ciała Ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - j) wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych podczas pracy wykonywanej przez Ubezpieczonego bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
 - k) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - l) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym przez Ubezpieczonego;
 - m) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

6. NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY

- 6.1. **Definicja** – Za **niezdolność Ubezpieczonego do pracy** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwającą nieprzerwanie przez okres, co najmniej 180 dni, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań, co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy.
- 6.2. **Definicja w przypadku osób wykonujących zawód nauczyciela** – za niezdolność Ubezpieczonego do pracy na potrzeby niniejszej Umowy uważa się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w skutek niemożności operowania głosem lub wskutek schorzeń w obrębie narządów ruchu, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 182 dni, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań, co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy w zawodzie nauczyciela.
- 6.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego zostaje ograniczona w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia do niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.
- 6.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela:**
 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - e) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

- f) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- g) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego, w przypadku gdy pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem,
- h) nieszczęśliwego wypadku jako wyniku zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- i) uszkodzeń ciała Ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- j) wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych podczas pracy wykonywanej przez Ubezpieczonego bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- k) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- l) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym przez Ubezpieczonego;
- m) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

7. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO

- 7.1. **Definicja operacji chirurgicznej** – przez operację chirurgiczną rozumiemy zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej bądź w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza o specjalności zabiegowej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów wypadku lub choroby.
- 7.2. Zakres operacji chirurgicznych obejmuje wykaz operacji przedstawionych przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o..
- 7.3. Wykaz operacji zawiera co najmniej 400 zabiegów operacyjnych, podzielonych na klasy ze zróżnicowaną wysokością świadczenia.
- 7.4. Kwota w pozycji „Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego” w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o., określa sumę ubezpieczenia dla klas z katalogu operacji. Wysokość świadczenia określona jest jako procent sumy ubezpieczenia dla każdej z klas z katalogu operacji. Klasy operacji mają przypisane następujące wartości procentowe sumy ubezpieczenia:
 - 7.4.1. Klasa I – 100% SU
 - 7.4.2. Klasa II – 75% SU
 - 7.4.3. Klasa III – 50% SU
 - 7.4.4. Klasa IV – 25% SU
 - 7.4.5. Klasa V – 10% SU
- 7.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie operacje chirurgiczne objęte zakresem ubezpieczenia, które przeprowadzono w okresie odpowiedzialności, nawet jeżeli przyczyną operacji były stany chorobowe lub wypadki, które wystąpiły przed zawarciem niniejszej Umowy.
- 7.6. Ubezpieczyciel będzie wypłacał świadczenia także w przypadku, jeżeli analogiczny zabieg został już wcześniej przeprowadzony u Ubezpieczonego lub Ubezpieczony podlegał wcześniej hospitalizacji związanej z tym stanem chorobowym.
- 7.7. Ubezpieczyciel nie uzależnia wypłaty świadczenia za przeprowadzoną operacją od obowiązku pobytu w szpitalu w związku z tą operacją.
- 7.8. Wysokość świadczenia należnego z tytułu operacji chirurgicznej nie jest uzależniona od metody

7.9. przeprowadzenia operacji, jest ona taka sama również w przypadku zastosowania metody endoskopowej. W przypadku wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 7 dni, liczonych od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia. W czasie trwania każdego rocznego okresu ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty czterech świadczeń z tytułu przeprowadzenia u niego operacji chirurgicznej.

7.10. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

7.10.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub katastrofy nuklearnej;
- e) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
- h) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- i) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- j) operacji stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- k) nieszczęśliwego wypadku powstałego w wyniku uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- l) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

7.10.2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:

- a) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
- b) kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania niniejszej Umowy lub skutków poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością z tytułu niniejszej Umowy;
- c) co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- d) przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym;
- e) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
- f) implantowania zębów;
- g) wykonanej w celach diagnostycznych;
- h) związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową.

8. KARTA APTECZNA

- 8.1. Świadczenie na pokrycie kosztów zakupów leków. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.
- 8.2. Świadczenie realizowane jest trzykrotnie w każdym rocznym okresie ubezpieczenia w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o. i jest wypłacane gotówkowo lub bezgotówkowo (odbiór leków w aptece lub wydanie karty płatniczej).

9. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

- 9.1. Zakres świadczeń assistance zaoferowany przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Urzędu Miasta Zgierza, jednostek organizacyjnych Gminy Miasto Zgierz oraz „Wodociągi i Kanalizacja – Zgierz” Sp. z o.o., obejmuje co najmniej:
 - 9.1.1. w przypadku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w domu:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu przez lekarza centrum medycznego pierwszej telefonicznej porady dotyczącej sposobu postępowania, organizacji pomocy i planowania leczenia;
 - b) zorganizowanie wizyty lekarza pierwszego kontaktu;
 - c) zorganizowanie wizyty pielęgniarki w domu dla zapewnienia Ubezpieczonemu opieki, trwającej nie dłużej niż przez pierwsze 48 godzin po wypadku;
 - d) zorganizowanie transportu medycznego Ubezpieczonego z jego domu do najbliższego szpitala danej specjalności.
 - 9.1.2. w przypadku hospitalizacji, która wystąpiła wskutek nieszczęśliwego wypadku w domu lub nagłego zachorowania w domu:
 - a) zorganizowanie przewozu dzieci Ubezpieczonego do lat 15 do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej albo wskazanej przez Ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) zorganizowanie przewozu osoby wyznaczonej do domu, w którym znajdują się dzieci Ubezpieczonego do lat 15;
 - c) zorganizowanie przewozu osoby wyznaczonej do domu, w którym znajdują się osoby niesamodzielne;
 - d) zorganizowanie dla Ubezpieczonego transportu medycznego ze szpitala, w którym był hospitalizowany, do jego domu;
 - e) zorganizowanie wizyty pielęgniarki w domu dla zapewnienia Ubezpieczonemu pomocy, nie dłużej niż przez pierwszych 5 dni po wypisaniu Ubezpieczonego ze szpitala.

ROZDZIAŁ III

POSTANOWIENIA DODATKOWE

- 1. SYSTEM INFORMATYCZNY**
 - 1.1. Ubezpieczyciel udostępni bez dodatkowych kosztów system informatyczny obejmujący minimum następujące funkcje:
 - 1.1.1. prowadzenie ewidencji osób objętych Umową Generalną Ubezpieczenia z uwzględnieniem generowania raportów osób przystępujących i występujących z ubezpieczenia,
 - 1.1.2. generowanie i drukowanie formularzy przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 1.1.3. rozliczanie miesięcznych rat składek.
 - 1.2. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu system informatyczny przed planowanym rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej poprzez umożliwienie dostępu do systemu obsługiwanego przez przeglądarkę internetową oraz nadanie uprawnień (loginów, haseł) osobom wskazanym przez Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel zapewni przeszkolenie osób wskazanych przez Ubezpieczającego z zasad obsługi systemu informatycznego.
-
- 2. WARUNKI TECHNICZNE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**
 - 2.1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest dysponować narzędziami, wyposażeniem i urządzeniami technicznymi niezbędnymi do realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia tj. posiadać minimum w ramach wewnętrznej struktury terenową jednostkę organizacyjną na terenie RP, która prowadzi obsługę ubezpieczeń grupowych oraz likwidację świadczeń z grupowych ubezpieczeń na życie lub ma zawartą umowę z przedsiębiorstwem świadczącym zawodowo na terenie RP usługi w zakresie obsługi ubezpieczeń oraz likwidacji świadczeń z grupowych ubezpieczeń na życie (przedsiębiorstwo to zobowiązane jest posiadać terenową jednostkę organizacyjną na terenie RP). Wskazana umowa na obsługę likwidacji świadczeń może być zawarta z takim przedsiębiorstwem pod warunkiem (zawieszającym lub rozwiązującym) zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia będącej przedmiotem zamówienia. Jednostka ta powinna być otwarta minimum przez 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 7 godzin dziennie.
 - 2.2. Ubezpieczyciel wskazuje na etapie podpisania Umowy Generalnej Ubezpieczenia osobę dedykowaną do kontaktu ze strony Ubezpieczyciela, nadzorującą prawidłowe wykonywanie niniejszej Umowy. W przypadku uwag lub zastrzeżeń ze strony Ubezpieczającego, wszelkie uwagi lub pytania należy kierować do ww. osoby. Ubezpieczyciel każdorazowo zobowiązany jest powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera przed dokonaniem zmiany ww. osoby. Ubezpieczający wymaga a Ubezpieczyciel zobowiązuje się, iż powyższą osobę zatrudni na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1465).
 - 2.3. Ubezpieczający może wymagać od Ubezpieczyciela przedłożenia w terminie wskazanym przez Ubezpieczającego, oświadczenia Ubezpieczyciela potwierdzającego zatrudnienie osoby, o której mowa w pkt 2.2. powyżej, na podstawie umowy o pracę. Nieprzedłożenie przez Ubezpieczyciela żądanej przez Ubezpieczającego dokumentacji we wskazanym terminie będzie traktowane jako niewypełnienie obowiązku zatrudnienia pracowników na podstawie umowy o pracę.
 - 2.4. W przypadku niewypełnienia przez Ubezpieczyciela postanowień określonych w pkt 2.3., będzie on zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości obowiązującej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę określonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2207 ze zm.) za każdy przypadek niewypełnienia wskazanych wyżej postanowień.
 - 2.5. W przypadku gdy Ubezpieczyciel powierzy wykonanie części zamówienia podwykonawcy to postanowienia określone w pkt 2.3. dotyczą również podwykonawcy, jeśli będzie realizował zadania określone dla osoby tam wymienionej.
 - 2.6. Ubezpieczający w ciągu 7 dni od zawarcia niniejszej Umowy wyznaczy osobę/osoby odpowiedzialną/odpowiedzialne za realizację Umowy Generalnej Ubezpieczenia i zawiadomi pisemnie za pośrednictwem Brokera o powyższym fakcie Ubezpieczyciela, przekazując dane teleadresowe wskazanej osoby/osób. Ubezpieczający każdorazowo zobowiązany jest pisemnie powiadamiać Ubezpieczyciela i Brokera przed dokonaniem zmiany ww. osoby.
 - 2.7. Ubezpieczający wyznacza i wyraża zgodę, aby przeszkolone przez Ubezpieczyciela osoby /pracownicy Ubezpieczającego/ realizowały na rzecz Ubezpieczyciela niezbędne działania administracyjne i dokumentacyjne.

ROZDZIAŁ IV

WYKONYWANIE CZYNNOŚCI FAKTYCZNYCH W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ

1. Umowa Generalna Ubezpieczenia zostanie zawarta i będzie wykonywana za pośrednictwem i przy udziale Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o. w Łodzi na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1214) w ramach udzielonego pełnomocnictwa.
2. Ubezpieczyciel przyjmuje do wiadomości, że czynności realizowane w niniejszym postępowaniu przez Brokera mają charakter czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz akceptuje skutki, jakie z tego faktu wynikają z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, a także powszechnie utrwalonych w obrocie gospodarczym obyczajów.
3. Broker Ubezpieczeniowy będzie zobowiązany w ramach obsługi w szczególności do reprezentowania, organizacji i planowania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń zgodnie z aktami prawnymi regulującymi działalność brokerską.
4. Ubezpieczający wyraża zgodę, aby przeszkoleni przez Ubezpieczyciela pracownicy Ubezpieczającego, w ustalonym czasie realizowali na rzecz Ubezpieczyciela niezbędne zadania dokumentacyjne.
5. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Brokerowi kurtażu brokerskiego za czynności brokerskie związane z doprowadzeniem do zawarcia niniejszej Umowy, określone w ustawie z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń. Kurtaż za czynności brokerskie będzie wypłacany w wysokości stanowiącej 15% raty składki zapłaconej przez Ubezpieczającego, przez cały okres trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
6. Kurtaż za czynności brokerskie obejmuje wszystkie koszty związane z doprowadzeniem do zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

Umowa Generalna Ubezpieczenia oraz inne materiały i treści dotyczące ubezpieczeń, w zakresie i sposobie formułowania, wykraczającym poza bezwzględnie obowiązujące uregulowania prawa i ogólne warunki ubezpieczenia funkcjonujące w Towarzystwach Ubezpieczeniowych, stanowią wyłączną własność intelektualną Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o. o. i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2509 ze zm.).

Naruszenie praw autorskich Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides sp. z o. o. w postaci kopiowania, powielania, udostępniania bez zgody autorów w celu innym niż wynikający z niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia będzie skutkowało sankcjami karnymi oraz wystąpieniem na drodze cywilnoprawnej (wystąpienie z roszczeniem cywilnoprawnym przeciwko podmiotowi, który naruszył prawo).