

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
**DLA CZŁONKÓW KRAJOWEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH
 W GRUPIE OTWARTEJ OBEJMOWANYCH OCHRONĄ OD DNIA 1 KWIETNIA 2017 R.**

Poniższa tabela informuje, które z postanowień zawartych w niniejszych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla członków Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej obejmowanych ochroną od 1 kwietnia 2017r., zwane dalej „Warunkami Ubezpieczenia”, regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa świadczenia	Numer zapisu wzorca umowy	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Zgon ubezpieczonego	§ 2 pkt 12), 29), § 15 ust. 1	§ 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 15 ust. 2
Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), 29), 33) § 16 ust. 1 pkt 1), ust. 3-4,	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust 4-5, § 16 ust. 3-4, § 26 ust. 2, 3,
Zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), § 16 ust. 2 pkt 3) i ust. 3-5	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16 ust. 3-5, § 26 ust. 2, 3
Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 11), 12) § 16 ust. 2 pkt 1	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16, § 26 ust. 2-3
Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 8), 12), 18), 29), 33), 35), § 16 ust. 1 pkt 3) i ust. 3-4	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16 ust. 3-4, § 26 ust. 2, 3

Zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 8), 11), 12), 18), 33), 35), § 16 ust. 2 pkt 2), ust. 3-4	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16 ust. 3-4, § 26 ust. 2, 3
Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	§ 2 pkt 12), 29), 33), 36), § 16 ust. 1 pkt 2), ust. 3-4	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16 ust. 3-4, § 26 ust. 2, 3
Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 8), 12), 18), 29), 33), 35), 36), § 16 ust. 1 pkt 4), ust. 3-4	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 16 ust. 3-4, § 26 ust. 2, 3
Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 3), 12), 29), 33) § 17	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 17 ust 2-4, § 26 ust. 2, 3
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 12), 27), 30), 33), § 18	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 18 ust 5-12, § 26 ust. 2, 3, 5
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	§ 2 pkt 8), 12), 18), 29), 27), 33), 35), § 18	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 18 ust 5-12, § 26 ust. 2, 3
Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	§ 2 pkt 29), 33), § 19, § 24 ust. 1 pkt 1) i 3)	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 19 ust. 2-4, § 20, § 26 ust. 2, 3, 4
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	§ 2 pkt 27), 33), § 20, § 24 ust. 1 pkt 1) i 3)	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 21 ust. 2-11, § 22, § 26 ust. 2, 3, 4

Poważne zachorowanie ubezpieczonego	§ 2 pkt 12), 19), 29), 33) § 23, § 24, § 25	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 24, § 26 ust. 2 i 3
Poważne zachorowanie małżonka	§ 2 pkt 11), 12), 19), § 23, § 24, § 25	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 25, § 26 ust. 2, 3,6
Poważne zachorowanie dziecka	§ 2 pkt 12), 19), 33) § 23, § 24 ust. 1 pkt 4)-9), 18), 24)-25)	§ 2 pkt 33), § 8, § 13 ust. 4-5, § 23 ust 5, § 25, § 26 ust. 2 i 3
Leczenie szpitalne ubezpieczonego	§ 2 pkt 4), 12), 15), 29), 33), § 27, § 28, § 30	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 28, § 30, § 32
Leczenie szpitalne małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	§ 2 pkt 11), 12), 33) § 27, § 29, § 30	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 30, § 32
Leczenie szpitalne dziecka	§ 2 pkt 12), 33), § 27, § 31	§ 2 pkt 33), § 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 32
Zgon współubezpieczonego (małżonka, rodzica, teścia, dziecka)	§ 2 pkt 11), 12), 16), 21), 26), 32), § 33 ust. 1 i 2	§ 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 33 ust. 2 i 3
Urodzenie się dziecka	§ 2 pkt 29), § 34	§ 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 34 ust. 2
Urodzenie martwego noworodka	§ 2 pkt 29), § 35	§ 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 35
Osierocenie dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego	§ 2 pkt 29), § 36 ust. 1	§ 8, § 9, § 13 ust. 4-5, § 36 ust. 1- 2

SPIS TREŚCI

I.	Postanowienia ogólne	5
II.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	8
III.	Obejmowanie ubezpieczeniem i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	9
IV.	Karencja	9
V.	Obowiązki Ubezpieczającego	10
VI.	Obowiązki Ubezpieczyciela	11
VII.	Składka ubezpieczeniowa z tytułu obejmowania ubezpieczeniem Ubezpieczonego	11
VIII.	Suma ubezpieczenia oraz zmiana wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej	12
IX.	Zgon Ubezpieczonego	12
X.	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym oraz wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	12
XI.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	13
XII.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	13
XIII.	Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	14
XIV.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	14
XV.	Poważne zachorowanie	15
XVI.	Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do roszczeń z tytułu nieszczęśliwego wypadku, całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub krwotoku śródmózgowego	20
XVII.	Leczenie szpitalne	21
XVIII.	Zgon współubezpieczonego	25
XIX.	Urodzenie się dziecka	26
XX.	Urodzenie martwego noworodka	26
XXI.	Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	26
XXII.	Wyplata świadczeń ubezpieczeniowych	26
XXIII.	Kontynuacja ubezpieczenia po 65 roku życia	28
XXIV.	Postanowienia końcowe	28

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 | POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera z Ubezpieczającym, Krajowym Stowarzyszeniem ubezpieczonych w Grupie Otwartej, umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie (zwane dalej: umowami ubezpieczenia), na rachunek Ubezpieczonych, osób będących członkami Ubezpieczającego.
2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych Warunków Ubezpieczenia.
3. Załącznikiem do niniejszych Warunków Ubezpieczenia stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia są Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosowane przez Ubezpieczyciela przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych Warunków Ubezpieczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na zawarte w nich postanowienia.

Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść definicji opisanych w § 2, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego ich znaczenia.

Szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na treść definicji poważnych zachorowań opisanych w § 24 ust. 1, gdyż definicje tam występujące mogą odbiegać od ich potocznego znaczenia.

§ 2 | DEFINICJE

Terminom użytym w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją;
- 2) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 3) **całkowita, trwała niezdolność do pracy** - trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 2 lat niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie lub działalności z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, ustalana przez ERGO Hestię na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej, wydanego zgodnie z przepisami o rentach z ubezpieczenia społecznego na nieprzerwany okres nie krótszy niż 2 lata i dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowity charakter niezdolności do pracy utrzymującej się przez co najmniej 2 lata. Za całkowitą trwałą niezdolność do pracy uznaje się również utratę zdolności Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej czterech z wymienionych poniżej Czynności Dnia Codziennego przez okres co najmniej 6 miesięcy:
 - a) zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (włączając w to czynność wchodzenia i wychodzenia do/z wanny lub pod/spod prysznic/a) lub samodzielnego wykonania zabiegów w zakresie higieny osobistej;
 - b) zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania jakichkolwiek części garderoby, w tym także, o ile jest to wymagane, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
 - c) zdolność od samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - d) zdolność do samodzielnego przemieszczania się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem,
 - e) zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej,
 - f) zdolność do samodzielnego spożywania gotowych i podanych posiłków.Utrata możliwości samodzielnego wykonywania Czynności Dnia Codziennego musi mieć charakter trwały, co oznacza, że nie ulegnie on zmianie w przewidywalnej przyszłości;

- 4) **choroba przewlekła** - stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, w trakcie którego występują okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów;
- 5) **czasowa niezdolność do pracy** - czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego;
- 6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu obejmowania Ubezpieczonego ubezpieczeniem;
- 7) **certyfi kat uczestnictwa** - certyfi kat uczestnictwa, będący jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, dokument, w którym osoba oświadcza Ubezpieczycielowi, iż wyraża zgodę na objęcie ubezpieczeniem będący jednocześnie potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 8) **droga** - wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdujący się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu pieszych;
- 9) **grupa Ubezpieczonych** - wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia;
- 10) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia;
- 11) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
- 13) **objęcie ubezpieczeniem/ubezpieczenie** - objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia/ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia;
- 14) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia;
- 15) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydzielonym, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonym w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów;
- 16) **ojczym, macocha** - osoba pozostająca w związku małżeńskim z rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji rodzica) lub z rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka (o ile wdowiec lub wdowa nie wstąpiła ponownie w związek małżeński);
- 17) **okres rozliczeniowy** - ustalony w umowie ubezpieczenia miesięczny okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową;
- 18) **pojazd** - środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane; pojazdem jest również tramwaj poruszający się po drodze;
- 19) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 20) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego;
- 21) **rodzic** - rodzic Ubezpieczonego, a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 22) **składka ubezpieczeniowa** - ustalona w umowie ubezpieczenia składka, opłacana przez Ubezpieczającego, z tytułu obejmowania ubezpieczeniem Ubezpieczonych;
- 23) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego;

- 24) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 25) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, z uwzględnieniem stosowanych okresów karencji oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia;
- 26) **teść** - rodzic małżonka a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka;
- 27) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 28) **Ubezpieczający (dalej również „Stowarzyszenie”)** - Krajowe Stowarzyszenie ubezpieczonych w Grupie Otwartej, zawierające z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych;
- 29) **Ubezpieczony** - członek Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej, osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia;
- 30) **Ubezpieczyciel (zwany również „ERGO Hestia”)** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł;
- 31) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, określająca zasady obejmowania ubezpieczeniem i udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 32) **współubezpieczony** - osoba której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2 pkt 7-13, 19-20, 25-26;
- 33) **wyczynowe uprawianie sportu** - aktywność osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela polegająca na:
 - a) uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianiu dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
 - b) uczestniczeniu w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi przy czym za takie uznaje się: dżungle, pustynie, wysokie góry - powyżej 5 000 m, obszar koła podbiegunowego;
- 34) **wyłączenie z ubezpieczenia** - zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego;
- 35) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nieszczęśliwy wypadek, w którym:
 - a) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze,
 - b) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu);
- 36) **wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek, potwierdzony w karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy, który miał miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia lub umowy agencyjnej, bądź
 - b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy wyłącznie w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę,
 - c) podczas lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 | ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego i z zastosowaniem postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia, następujące zdarzenia losowe:
 - 1) zgon Ubezpieczonego (objęty zakresem ubezpieczenia w każdym przypadku),
 - 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 4) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 5) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 6) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 7) zgon małżonka,
 - 8) zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 10) zgon dziecka,
 - 11) zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) zgon rodzica,
 - 13) zgon teścia,
 - 14) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 15) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 16) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
 - 17) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 18) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym, rozszerzonym, maksymalnym lub maksymalnym plus),
 - 19) poważne zachorowanie małżonka (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),
 - 20) poważne zachorowanie dziecka,
 - 21) leczenie szpitalne Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),
 - 22) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 23) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,
 - 24) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
 - 25) leczenie szpitalne małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 26) leczenie szpitalne dziecka,
 - 27) urodzenie się dziecka,
 - 28) urodzenie martwego noworodka,
 - 29) osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.

III. OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4 | PRAWO DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM

1. Osoba będąca członkiem Stowarzyszenia może zostać objęta ubezpieczeniem na poniżej opisanych zasadach.
2. Osoba może zostać objęta ubezpieczeniem wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.
3. Osoba może zostać objęta ubezpieczeniem, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się wobec niej ochrona ubezpieczeniowa, będzie miała ukończone 18 lat, a nie ukończy 63 roku życia.

§ 5 | ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych osób, następuje pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym osoba będąca członkiem Stowarzyszenia podpisała certyfikat uczestnictwa, będący jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej zgodnie z datą wymagalności, pod warunkiem że Ubezpieczony podpisał certyfikat uczestnictwa do 19 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony.
2. Objęta ubezpieczeniem nie może być osoba, która w dniu wypełniania przez nią certyfikatu uczestnictwa przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku, w hospicjum, w domu pomocy społecznej lub jest uznana za niezdolną do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

§ 6 | OCENA POZIOMU RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczyciel, przed objęciem danej osoby ubezpieczeniem, dokonuje na podstawie danych podanych przez nią w certyfikacie uczestnictwa, będącym jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danej osoby polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby obejmowanej ubezpieczeniem, oraz wykonywanym przez nią zawodem.
3. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, objętych zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ubezpieczeniem.

§ 7 | WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

Ubezpieczony w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w każdym czasie może złożyć na piśmie Ubezpieczycielowi oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (wystąpienie z ubezpieczenia) ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym oświadczenie o rezygnacji zostało złożone.

§ 8 | ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W razie wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ustaje:
 - 1) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub w dacie wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z upływem miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynęło oświadczenie Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia,
 - 3) w dacie wskazanej w § 13 ust. 5,
 - 4) w dacie zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat, z zastrzeżeniem postanowień §§ 41 i 42.
2. Za wyjątkiem przywrócenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w sytuacjach wskazanych w § 13 ust. 5, wobec Ubezpieczonego, w stosunku do którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową możliwe jest wyłącznie z zachowaniem postanowień §§ 4-6.

IV. KARENCA

§ 9 | ZAKRES I OKRES STOSOWANIA KARENCA

1. W stosunku do następujących świadczeń, karencja ma zastosowanie bez względu na datę złożenia deklaracji zgody:
 - 1) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka i dziecka - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 2) świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego i leczenia szpitalnego dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,

- 3) świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka oraz urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy.
2. Okres karencji, o którym mowa w ust. 1 liczony jest począwszy od dnia zaksięgowania pierwszej składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego w pełnej wysokości na rachunku bankowym wskazanym w certyfikacie uczestnictwa (indywidualny numer rachunku bankowego Ubezpieczonego).
3. **Całkowite zniesienie karencji**
Karencja, o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania, jeśli przed objęciem ubezpieczeniem osoba zrezygnowała z obejmowania jej ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
4. **Częściowe zniesienie karencji**
- 1) Karencji, o której mowa w ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy osoba przed objęciem ubezpieczeniem zrezygnowała z obejmowania jej ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń, z zastrzeżeniem, że była ubezpieczona przez co najmniej 6 miesięcy oraz zostały spełnione i zweryfikowane warunki określone w pkt 2) poniżej. Karencji nie stosuje się wyłącznie w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń losowych, które były objęte odpowiedzialnością w ramach innej umowy ubezpieczenia, bez względu na wysokość wypłacanych z ich tytułu świadczeń.
 - 2) Przy rozszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, gdzie zdarzenie losowe wystąpiło w okresie karencji, osoba uprawniona powinna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty potwierdzające rezygnację z obejmowania ubezpieczeniem opisanym w pkt 1) powyżej:
 - kopię umowy ubezpieczenia lub kopie polisy ubezpieczeniowej lub kopię certyfikatu albo innego dokumentu wystawionego przez Zakład Ubezpieczeń z którym umowa ubezpieczenia była zawarta, w którym został określony zakres ubezpieczenia;
 - kopię dowodu opłaty składki za ostatnie 6 miesięcy obejmowania umową ubezpieczenia, z której ubezpieczony zrezygnował;
 - pisemne wskazanie daty rezygnacji z umowy ubezpieczenia.
5. Całkowite i częściowe zniesienie karencji, o którym mowa w ust. 3 i 4 obowiązywać będzie jedynie w przypadku, gdy osoba, złoży certyfikat uczestnictwa w terminie 2 miesięcy od ustania odpowiedzialności w ramach innej umowy ubezpieczenia.
6. W okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń wskazanych w niniejszym paragrafie ograniczona jest do skutków nieszczęśliwych wypadków.
7. Okresy karencji, o których mowa w niniejszym paragrafie, są uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

V. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 10 | OBOWIĄZEK OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ Z TYTUŁU OBEJMOWANIA UBEZPIECZENIEM UBEZPIECZONYCH

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych oraz o planowanych zmianach.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu osobom obejmowanym ochroną ubezpieczeniową niniejszych Warunków Ubezpieczenia przed złożeniem certyfikatu uczestnictwa oraz innych dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela oraz do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonych.

4. W przypadku nieopłacenia wymagalnej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego wezwania Ubezpieczającego wraz ze wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącego 7 dni, pod rygorem uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczonych, za których nie została zapłacona składka, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

VI. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 11 | OBOWIĄZEK WYPŁATY ŚWIADCZEŃ I UDZIELANIA INFORMACJI

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, którego dotyczy odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą objęcia osoby ubezpieczeniem oraz po spełnieniu dodatkowych przesłanek wynikających z zastosowania wobec Ubezpieczonego karencji.
3. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

VII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA Z TYTUŁU OBEJMOWANIA UBEZPIECZENIEM UBEZPIECZONEGO

§ 12 | TERMIN OPŁACANIA I WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Pierwsza składka ubezpieczeniowa z tytułu obejmowania ubezpieczeniem Ubezpieczonego wymagalna jest w terminie 5 dni od dnia podpisania certyfikatu uczestnictwa (data wskazana w certyfikacie uczestnictwa).
2. Składka ubezpieczeniowa należna za drugi i następne miesiące ochrony wymagalna jest z częstotliwością miesięczną, w terminie do 15 dnia miesiąca za kolejny miesiąc.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu obejmowania ubezpieczeniem Ubezpieczonego jest ustalana na jednakowym poziomie dla wszystkich Ubezpieczonych w zależności od wybranego przez Ubezpieczonego zakresu ochrony, w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, przyjętą przez Ubezpieczyciela poziom ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.

§ 13 | OPŁACANIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem Ubezpieczonego jest dokonanie wpłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy wskazany w certyfikacie uczestnictwa (indywidualny numer rachunku bankowego Ubezpieczonego). Wszystkie kolejne składki powinny być opłacane do daty, z którą stają się one wymagalne.
2. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą w dniu wpłynięcia w pełnej wysokości na rachunek bankowy wskazany w certyfikacie uczestnictwa (indywidualny numer rachunku bankowego Ubezpieczonego).
4. W przypadku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym Ubezpieczony został wyłączonego z ubezpieczenia, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.
5. Począwszy od pierwszego dnia okresu, za który nie uiszczono składki ubezpieczeniowej ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego ustaje. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie składki ubezpieczeniowe za Ubezpieczonego zostaną opłacone przed datą wyłączenia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, w trybie opisanym w § 10 ust. 4.

VIII. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 14 | SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Ubezpieczyciela na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej.

IX. ZGON UBEZPIECZONEGO

§ 15 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego w ust. 1, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia go ubezpieczeniem,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

X. ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPADKU PRZY PRACY, WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM ORAZ WYPADKU PRZY PRACY W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

§ 16 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, - niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, - niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpieczonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły - 25 roku życia.

XI. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 17 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
4. Zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli, całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XII. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

§ 18 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w certyfikacie uczestnictwa procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać wypłatę określonego w certyfikacie uczestnictwa procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również określony przez Ubezpieczyciela bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania decyzji.
5. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.
6. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
8. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego.
9. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci bezsporną część świadczenia na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ona należna, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
10. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, będące załącznikiem do Warunków Ubezpieczenia.

11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.
12. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku dotyczy wyłącznie takiego trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie ubezpieczenia, wypłacane jest za każdy procent tego uszczerbku.

XIII. ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 19 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej świadczenia określonego w certyfikacie uczestnictwa niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu rozumiane są zgodnie z ich definicjami wskazanymi w § 24 ust. 1 pkt 1) i 3), z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia nastąpi również w przypadku zgonu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu potwierdzony badaniem sekcyjnym.
3. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu a zgonem musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

§ 20 | WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego albo udaru mózgu, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu wystąpiły w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z następującymi chorobami: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, choroba niedokrwienna serca, jakakolwiek kardiomiopatia, wada wrodzona serca lub tętniak, które to choroby zostały zdiagnozowane lub były leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane), w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.
2. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do skutków zawału mięśnia sercowego lub udarów mózgu określone są w § 26.

XIV. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

§ 21 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego w rozumieniu § 24 ust. 1 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia, świadczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Za krwotok śródmózgowy uznaje się wyłącznie wylew krwi do mózgu niszczący utkanie tego narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedślonkowego.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 nie może być wyższy niż 100%.

4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
5. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczone bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.
7. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
9. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, wypłaci bezsporną część świadczenia w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ono należne, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
10. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, będące załącznikiem do Warunków Ubezpieczenia.
11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

§ 22 | WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego albo krwotoku śródmózgowego, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo krwotok śródmózgowy wystąpiły w normalnym związku przyczynowo - skutkowym z następującymi chorobami: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, które to choroby zostały zdiagnozowane lub były leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane), w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.
2. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do skutków zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego określone są w § 26.

XV. POWAŻNE ZACHOROWANIE

§ 23 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w certyfikacie uczestnictwa.
2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w jednym z poniższych zakresów:
 - 1) zakres podstawowy obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1)-6),
 - 2) zakres rozszerzony obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1)-12),

- 3) zakres maksymalny obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1)-18),
- 4) zakres maksymalny plus obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 1)-23).
3. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:
 - 1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka,
 - 2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 18 lat (odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego).
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.
5. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 24 ust. 1 pkt 4)-9), 18) i 24)-25).

§ 24 | ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Za poważne zachorowanie, w rozumieniu Warunków Ubezpieczenia uważa się (definicje występujące w niniejszym ustępie mogą odbiegać od ich potocznego znaczenia) :
 - 1) taki **zawał mięśnia sercowego**, gdzie jednoznacznie rozpoznana została martwica części mięśnia sercowego spowodowaną ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone zostanie wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
 - c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
 - d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesiące od daty zdarzenia);
 - 2) takie **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)**, które wykonane zostało w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłonkowej;
 - 3) taki **udar mózgu**, który został spowodowany incydem naczyniowo-mózgowym wywołującym objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmującym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym;wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg ten nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu);
 - 4) taki **nowotwór złośliwy**, który objawia się obecnością złośliwego guza, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego;

- 5) taka **niewydolność nerek**, które oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;
- 6) taki **przeszczep narządu**, który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;
- 7) taką **utrata wzroku**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;
- 8) taki **paraliż**, który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;
- 9) takie **poparzenie**, które oznacza oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała;
- 10) takie **stwardnienie rozsiane**, które zostało jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego; zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi; dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej;
- 11) taki **przeszczep zastawki serca**, który oznacza chirurgiczną wymianę jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) walwuloplastyka,
 - b) walwulotomia,
 - c) komisurotomia;
- 12) taką **operacja aorty**, która oznacza leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;
- 13) taką **utrata mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;
- 14) taką **śpiączkę**, która oznacza stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%; świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni;
- 15) taką **utrata słuchu**, która oznacza obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;
- 16) taką **utrata kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji lub całkowitą fizyczną utratę dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

- 17) taki **łagodny guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR); z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętnicznych lub żylnych mózgu, krwaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego;
- 18) takie **zapalenie wątroby** (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby), które oznacza rozległą martwicę wątroby spowodowaną zapaleniem wątroby, prowadzącą do jej niewydolności; rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:
- gwałtowne zmniejszenie masy wątroby,
 - rozległa martwica rozplywna,
 - nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby,
 - narastająca żółtaczka;
- nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłącznie zakażenie wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 19) taką **przewlekłą niewydolność oddechową**, które oznacza zaawansowane stadium choroby płuc w którym łącznie zaistnieją następujące warunki:
- badanie spirometryczne - wynik próby FEV1 poniżej 1 litra,
 - potwierdzenia zostanie konieczność tlenoterapii oraz codzienne stosowanie tej metody leczenia przez co najmniej 8 godzin dziennie;
- 20) taki **toczeń rumieniowaty układowy**, który oznacza wielonarządową, wieloczynnikową chorobę autoimmunologiczną charakteryzującą się uszkodzeniem przez system odpornościowy tkanek oraz komórek własnego organizmu; w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia za toczeń rumieniowaty układowy uznaje się tylko te formy choroby, które prowadzą do uszkodzenia nerek (Typ III - Typ V zapalenia nerek w toczniu rumieniowatym układowym potwierdzony wynikiem biopsji nerek - zgodnie z klasyfikacją WHO poniżej); inne formy choroby jak toczeń rumieniowaty przewlekły oraz te formy choroby, które cechują się zajęciem stawów oraz zaburzeniami hematologicznymi są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; końcowe rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub immunologa; klasyfikacja WHO dotycząca zapalenia nerek w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego:
- Typ III (ogniskowe) - białkomocz, utrzymujący się podwyższony poziom OB,
 - Typ IV (rozsiane) - ostre zapalenie nerek z podwyższonym poziomem OB. lub zespół nerczycowy,
 - Typ V (błoniaste) - zespół nerczycowy lub masywny białkomocz;
- 21) taką **niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalne uszkodzenie szpiku kostnego objawiające się niedokrwistością, neutropenią oraz trombocytopenią. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem szpiku kostnego, przy czym jednocześnie spełnione muszą być co najmniej dwa z podanych poniżej warunków:
- bezwzględna liczba neutrofilii - 500 na milimetr sześcienny lub mniej,
 - bezwzględna liczba retikulocytów - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej,
 - liczba płytek krwi - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej;
- 22) takie **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie wirusem HIV, przy łącznym spełnieniu poniższych warunków:
- zakażenie wirusem HIV nastąpiło w wyniku przetaczania krwi, po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - Ubezpieczony nie choruje na hemofilię lub inne choroby układu krwiotwórczego, w których wymagane jest cykliczne przetaczanie krwi;

świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli wynaleziona zostanie skuteczna metoda leczenia choroby AIDS lub innych objawów zakażenia wirusa HIV bądź też odkryta zostanie metoda leczenia skutecznie zapobiegająca pojawieniu się choroby AIDS;

inne zakażenia wirusem HIV, w tym zakażenia będące wynikiem aktywności seksualnej lub dożylnego użycia narkotyków są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; jednocześnie Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania dostępu do próbek krwi potwierdzających zakażenie wirusem HIV u Ubezpieczonego oraz wykonania niezależnych badań tych próbek;

- 23) taką **chorobę Parkinsona**, które oznacza powoli postępującą, zwyrodnieniową chorobę ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę; choroba powinna zostać jednoznacznie rozpoznana, przy czym muszą zostać spełnione łącznie wymienione poniżej warunki - choroba:
- nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
 - ma charakter postępujący,
 - musi powodować trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na tym samym poziomie - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
- 24) taki **oponiak mózgu**, który oznacza guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
- 25) takie **zapalenie mózgu**, które oznacza ostrą chorobę zapalną mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych (uszkodzenia struktury mózgu); wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.

§ 25 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

- W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby kolejnego tego rodzaju poważnego zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, z tytułu których wypłacono wcześniej świadczenie będących w normalnym związku przyczynowo - skutkowym z zachorowaniem opisanym w ust. 5, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
- Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonek albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
- Jeżeli Ubezpieczony nie jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie może być również objęte wystąpienie poważnego zachorowania u jego małżonka lub dziecka.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania (w tym przed końcem okresu karencji) oraz poważnych zachorowań wynikających w normalnym związku przyczynowo - skutkowym ze schorzeń opisanych w ust. 5, które były zdiagnozowane lub leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane), w okresie 3 lat przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania.
- Postanowienia ust. 1 i 4 odnoszą się do następujących chorób zdiagnozowanych lub leczonych (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane) przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania:
 - zawału serca, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, kardiomiopatii każdego typu - w przypadku zawału mięśnia sercowego oraz operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych (by-pass);
 - udar mózgu każdej etiologii, cukrzycy, tętniaka, nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków - w przypadku udaru mózgu;
 - nowotworu złośliwego lub stwierdzenia występowania komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych), o budowie znacznie odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek - w przypadku nowotworu złośliwego;
 - kłębushkowego zapalenia nerek, stwardnienia naczyniowego nerek, torbielowatość nerek, tocznia rumieniowatego - w przypadku niewydolności nerek;
 - każdej wady serca, każdej kardiomiopatii, marskości wątroby, zespołu jelita krótkiego, białaczki, szpiczaka, niewydolności nerek - w przypadku przeszczepu narządu;
 - jaskry, guza pozagałkowego, guza przysadki mózgowej - w przypadku utraty wzroku;

- 7) każdego guza CUN, udaru mózgu, choroby Parkinsona, stwardnienia rozsianego - w przypadku paraliżu;
 - 8) każdej wady zastawkowej serca, miażdżycy naczyń - w przypadku przeszczepu zastawki serca;
 - 9) wad wrodzonych serca, tętniaka, miażdżycy naczyń - w przypadku operacji aorty;
 - 10) udaru mózgu, guza mózgu, - w przypadku utraty mowy;
 - 11) udaru mózgu, guza mózgu, cukrzycy, marskości wątroby - w przypadku śpiączki;
 - 12) guza mózgu, nowotworu ucha - w przypadku utraty słuchu;
 - 13) miażdżycy naczyń, cukrzycy - w przypadku utraty kończyn;
 - 14) guza mózgu - w przypadku łagodnego guza mózgu.
6. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poważnego zachorowania określone są w § 26.

XVI. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W STOSUNKU DO ROSZCZEŃ Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ NASTĘPSTW ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO, UDARU MÓZGU LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

§ 26 | OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 stosowane są w odniesieniu do świadczeń z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego lub małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 5) zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
 - 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
 - 8) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 1, jeśli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, przez stan nietrzeźwości rozumie się stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - 9) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

- 10) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - 11) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dotyczącego skutków nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane:
 - 1) chorobą, w tym występującą nagle tj.: zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym, lub jeżeli zdarzenie nastąpiło w wyniku normalnych następstw: AIDS lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu),
 - 2) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 4. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do skutków zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego określone są w § 20.
 5. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do trwałego uszczerbku na zdrowiu określone są w § 22.
 6. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poważnego zachorowania określone są w § 25.

XVII. LECZENIE SZPITALNE

§ 27 | ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.
2. W ramach zakresu podstawowego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 28 ust. 1-2.
3. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zakresu podstawowego wyłącznie do pobytów w szpitalu spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
4. W ramach zakresu rozszerzonego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 28 ust. 1-4.
5. Jako uzupełnienie zakresu podstawowego lub rozszerzonego, umowa ubezpieczenia może przewidywać dodatkowo objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - 1) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,
 - 2) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego (w rozumieniu § 24 ust. 1 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego (w rozumieniu § 21 ust. 2),
 - 4) leczenia szpitalnego małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego.
6. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

§ 28 | LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

1. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie w wysokości, o której mowa w zdaniu pierwszym, należne jest również za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, o ile tego rodzaju pobyt w szpitalu nie jest wyłączony z odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Jeżeli w okresie pobytu w szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM-ie, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na OIOM-ie dodatkowo świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego pobytu w szpitalu. W przypadku leczenia na OIOM, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończył po zakończeniu ochrony, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe także za okres po zakończeniu ochrony, maksymalnie za 14 dni leczenia. Świadczenie dodatkowe z tytułu leczenia na OIOM przysługuje pod warunkiem i wyłącznie za okres, za który należne jest jednocześnie świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego.
4. Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu pobytu w szpitalu Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym pobylem w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie pobyt w szpitalu.
5. Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu z powodu jednego ze zdarzeń wskazanych w § 27 ust. 5 pkt 1)-3), Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu, za każdy dzień pobytu z tego powodu, dodatkowo świadczenie w odpowiedniej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego pobytu w szpitalu. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym niniejszego ustępu, gdy leczenie rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończyło po zakończeniu ochrony, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dodatkowe także za okres po zakończeniu ochrony, maksymalnie za 14 dni leczenia. Świadczenie dodatkowe z tytułu leczenia w przypadkach, o których mowa w zdaniu pierwszym niniejszego ustępu przysługuje pod warunkiem i wyłącznie za okres, za który należne jest jednocześnie świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego.

§ 29 | LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA

1. Jeżeli pobyt małżonka w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Za każdy dzień pobytu małżonka w szpitalu z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego pobytu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

§ 30 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka płatne jest za okres od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka trwał nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe i o ile pobyt ten rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w pobycie w szpitalu na skutek udzielenia przepustki.
4. Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.
5. Świadczenie, o którym mowa w § 28 ust. 4, będzie należne, jeżeli:
 - 1) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie ubezpieczeniowe, oraz
 - 2) co najmniej 30 dni czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, o którym mowa w § 28 ust. 1 lub 2, lub małżonka o którym mowa w § 29 ust. 1 lub 2, mogą być wypłacone w danym roku (liczonym od dnia objęcia ubezpieczeniem każdego Ubezpieczonego) maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończył po zakończeniu ochrony lub w przypadku kontynuowania ubezpieczenia - w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie za pobyt w szpitalu za cały okres leczenia szpitalnego, maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego. Niezależnie od uprawnienia do świadczenia za leczenie szpitalne

- kontynuowane w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczonemu przysługuje w takim roku polisowym także świadczenie za leczenie szpitalne, na zasadach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia.
7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego pobytu upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 6, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.
 8. Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 7, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie pobytu w szpitalu zmarł, a na podstawie przesłanej dokumentacji nie jest możliwe ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 9. Jeżeli Ubezpieczonemu nie jest należne świadczenie określone w § 28 ust. 1 albo ust. 2, wówczas z tytułu tego samego pobytu w szpitalu nie jest należne również żadne ze świadczeń dodatkowych, opisanych w § 27 ust. 5 i § 28 ust. 3 i 4.
 10. W każdym roku (liczonym od dnia objęcia ubezpieczeniem każdego Ubezpieczonego) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim zostanie wypłacone za okres najdłuższego pobytu w szpitalu spowodowanego tą samą chorobą przewlekłą, który zakończył się w danym roku.
 11. Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w Warunkach Ubezpieczenia.
 12. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).
 13. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.
 14. Wysokość należnego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub małżonka jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu pobytu w szpitalu lub w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w § 28 ust. 4.

§ 31 | LECZENIE SZPITALNE DZIECKA

1. Jeżeli dziecko Ubezpieczonego przebywało w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w stałej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, bez względu na okres pobytu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli pobyt dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 6 pełnych dni kalendarzowych, o ile pobyt ten rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala. Do okresu pobytu w szpitalu nie zalicza się dni przerwy w pobycie na skutek udzielenia przepustki. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, 4, 5, 7 poniżej, w przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, gdy pobyt rozpoczął się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończył po zakończeniu ochrony, Ubezpieczyciel przy wypłacie świadczenia uwzględni także okres pobytu w szpitalu po zakończeniu ochrony.
3. Aby Ubezpieczyciel przyjął odpowiedzialność za kolejny pobyt w szpitalu, okres pomiędzy zakończeniem jednego pobytu a rozpoczęciem kolejnego nie może być krótszy niż 4 dni.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 18 lat (brany pod uwagę jest wiek dziecka w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu). Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego.
5. W każdym roku (liczonym od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego Ubezpieczonego) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej dwa świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu.
6. Wysokość należnego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.
7. Pobyt w szpitalu zostanie uznany za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.

§ 32 | WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego, jego małżonka oraz dziecka w szpitalu z powodu normalnych następstw:
 - 1) chorób zdiagnozowanych lub leczonych (o ile zostały wcześniej zdiagnozowane), będących przedmiotem leczenia szpitalnego w okresie 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka ubezpieczeniem lub w dacie objęcia ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2; postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do pobytów w szpitalu występujących po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka,
 - 2) wad wrodzonych lub ich następstw,
 - 3) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędzeń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) diagnozowania i leczenia bezpłodności,
 - 5) leczenia lub zabiegów dentystycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony, małżonek lub dziecko doznało także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
 - 6) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,
 - 7) hospitalizacji niezalecanej przez lekarza,
 - 8) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego, małżonka lub wypisania dziecka ze szpitala na własne żądanie,
 - 9) potwierdzonego badaniami diagnostycznymi pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia szpitalnego Ubezpieczony, małżonek lub przedstawiciel ustawowy dziecka odmówił w ostatnich 3 latach przed przystąpieniem do ubezpieczenia,
 - 10) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - 11) udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
 - 12) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 13) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 14) działania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - 15) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - 16) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - 17) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego, małżonka lub dziecko pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
 - 18) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.
2. Postanowień ust. 1 pkt 1) nie stosuje się, jeżeli przed objęciem ubezpieczeniem Ubezpieczony zrezygnował z obejmowania go inną umową ubezpieczenia, o której mowa w § 9 ust. 3 i 4, przy czym przystąpienie do niniejszej umowy ubezpieczenia nastąpiło w terminie 2 miesięcy od ustania odpowiedzialności w ramach innej dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczyciel nie uzna pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka pracownika za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną pobytu zostało spowodowane:
 - 1) chorobą, w tym występującą nagle, tj.: zawałem serca, udarem mózgu,
 - 2) wystąpieniem przepukliny (w miejscach typowych tj.: pachwinowa, brzuszna), do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,
 - 3) dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miazdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia,
 - 4) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego lub małżonka mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, leczenia szpitalnego małżonka lub leczenia szpitalnego dziecka, jeżeli leczenie to odbyło się: w szpitalu rehabilitacyjnym, szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennego pobytu, w domu opieki, domu pomocy społecznej, ośrodku dla psychicznie chorych, hospicjum onkologicznym, ośrodku leczenia uzależnień lekowych, ośrodku leczenia uzależnień narkotykowych, ośrodku leczenia uzależnień alkoholowych, ośrodku rekonwalescencyjnym, ośrodku rehabilitacyjnym, ośrodku sanatoryjnym, ośrodku wypoczynkowym oraz jeżeli leczenie odbyło się w trybie domowej opieki pielęgniarstwa.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, leczenia szpitalnego małżonka lub leczenia szpitalnego dziecka, jeżeli powodem leczenia szpitalnego jest:
 - 1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, choroba weneryczna, bądź umyślne uszkodzenie ciała, lub
 - 2) zaburzenie psychiczne lub choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, upośledzenia umysłowego,które wskazane zostały przez lekarza prowadzącego w karcie leczenia szpitalnego jako rozpoznana choroba zasadnicza, choroba współistniejąca lub powikłanie.

XVIII. ZGON WSPÓLUBEZPIECZONEGO

§ 33 | ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku zgonu:
 - 1) małżonka,
 - 2) dziecka,
 - 3) rodzica,
 - 4) teścia,Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu odpowiedniego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Za dziecko, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, uważa się dziecko Ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), żywo urodzone, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły - w wieku do 25 lat.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1, jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi w normalnym następstwie:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
 - 2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 5) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XIX. URODZENIE SIĘ DZIECKA

§ 34 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko żywo urodzone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, przy czym świadczenie nie jest należne jeżeli dziecko zostało przysposobione przez Ubezpieczonego albo zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XX. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

§ 35 | ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

W przypadku urodzenia martwego noworodka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane w Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

XXI. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 36 | ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpieczonego - własnemu, przysposobionemu lub pasierbowi (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy) świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

XXII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 37 | OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-9, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.
3. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.
4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.
5. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.
6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.
7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,

- 2) dzieciom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,
 - 3) rodzicom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w częściach wskazanych w postanowieniu o stwierdzeniu nabyciu spadku lub akcie notarialnym poświadczającym dziedziczenie, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.
8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie oświadczenia w tym przedmiocie.
 9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

§ 38 | ZAWIADOMIENIE O ZDARZENIU (SKREŚLONO POSTANOWIENIA NINIEJSZEGO PARAGRAFU)

§ 39 | ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do jego otrzymania winna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, małżonka czy dziecka Ubezpieczonego (do wglądu),
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
 - 4) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) kartę wypadku - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
 - 6) decyzję organu rentowego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - 7) dokumentację dotyczącą leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem wynikającym z choroby lub wypadku,
 - 8) dokumentację potwierdzającą pobyt w szpitalu (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM-ie) - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu pobytu w szpitalu,
 - 9) własny dokument tożsamości (do wglądu),
 - 10) dokumenty potwierdzające rezygnację z obejmowania ochroną w ramach umowy ubezpieczenia z innym Zakładem Ubezpieczeń, o których mowa w § 9 ust. 4 pkt 2.
2. Osoba występująca z roszczeniem może również zgłosić roszczenie przez stronę www.ergohestia.pl, natomiast dokumenty wskazane w ust. 1 powyżej przedłożyć Ubezpieczycielowi w formie elektronicznej.
3. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1, o ile okaże się to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 3 powyżej, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt Ubezpieczonego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3 powyżej, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt Ubezpieczonego i w takiej formie przedłożone Ubezpieczycielowi.
6. Ubezpieczony, małżonek lub dziecko, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
7. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 6, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

8. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską. Informacje, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, określające stan zdrowia ubezpieczonego, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 40 | TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

XXIII. KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA PO 65 ROKU ŻYCIA

§ 41 | WARUNKI KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony, który ukończył 65 lat życia, w rocznicę polisy, może wystąpić do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego z wnioskiem o przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej (dalej: „wniosek”).
2. Ubezpieczenie będzie kontynuowane na zasadach opisanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, ze zmianami w zakresie ochrony i wysokościach świadczeń wskazanych w ustępach poniżej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana wyłącznie w zakresie następujących zdarzeń losowych:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Wysokość świadczeń w okresie kontynuacji, zostanie ustalona przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym i przedstawiona do akceptacji Ubezpieczonemu.
5. Ubezpieczony wyraża zgodę na wysokości świadczeń w okresie kontynuacji, o których mowa w ust. 2 i 4, we wniosku.
6. Złożenie wniosku przez Ubezpieczonego jest dobrowolne.

§ 42 | OBOWIĄZEK UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, o możliwości złożenia wniosku o kontynuację ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia i wysokościach świadczeń w okresie kontynuacji.
2. Ubezpieczyciel nie dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego wobec Ubezpieczonych, którzy wnoszą o kontynuację ubezpieczenia.

XXIV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 43 | ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia będą dostarczane drugiej stronie drogą elektroniczną, za pomocą wiadomości tekstowej SMS lub telefonu odpowiednio: z zastosowaniem programu wykorzystywanego przez strony do obsługi umowy ubezpieczenia bądź na wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego wskazany przez Ubezpieczonego.
2. Strony umowy ubezpieczenia zobowiązane są do wzajemnego powiadamiania się o zmianach numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej.
3. Postanowienia ust 1 i 2 mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego i Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczony i Ubezpieczyciel wyrażą na to odrębną zgodę.

§ 44 | ZAGUBIENIE LUB ZNISZCZENIE CERTYFIKATU UCZESTNICTWA

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia certyfikatu uczestnictwa, będącego jednocześnie deklaracją zgody na objęcie ochroną, Ubezpieczony powinien powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat ww dokumentu na wniosek Ubezpieczonego. Z datą wydania duplikatu oryginał dokumentu staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

§ 45 | PODATKI I OPŁATY

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Podatki i opłaty związane z płatnościami składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
3. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
 - 1) w przypadku osób fizycznych - art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361 z późn. zm.),
 - 2) w przypadku osób prawnych - art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014r. poz. 851 z późn. zm.).Nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytułem spadku, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2015r. poz. 86 z późn. zm.), podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 tej ustawy, z zastrzeżeniem postanowień art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.
4. W umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Ubezpieczenia wykluczona jest możliwość: zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia, wypłaty kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy oraz wypłaty z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie ubezpieczenia.

§ 46 | ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO, METODY KALKULACJI REZERW, SPRAWOZDANIE FINANSOWE

1. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
2. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia Ubezpieczyciela.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczane jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela www.ergohestia.pl

§ 47 | ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi może być wypłacona łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym, jeżeli uprawnionym do zwrotu jest ta sama osoba co uprawniony do otrzymania świadczenia.

§ 48 | WŁAŚCIWOŚĆ PRAWA, ZMIANY W UMOWIE ORAZ REKLAMACJE I WŁAŚCIWOŚĆ SADU

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
3. Ubezpieczony Ubezpieczający, beneficjent lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie - poprzez infolinię Ubezpieczającego pod numerem telefonu: 801 107 107 lub 58 555 55 55,
 - 3) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,

- 4) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
5. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
6. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - 1) na piśmie lub,
 - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub,
 - 3) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
7. Osoby wymienione w ust. 3 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
8. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem właściwym do prowadzenia pozasądowych postępowań na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 892) oraz Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz. U. 2016r., poz. 1823).
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
11. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 49 | INFORMACJE POUFNE

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczyciela zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom trzecim poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczającego zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy ubezpieczenia objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione osobom trzecim wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela.

§ 50 | DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia są załącznikiem do Aneksu nr 3 z dnia 30 grudnia 2016 r. do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Hestia Razem zawartej w dniu 2 listopada 2012 roku pomiędzy Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, a Krajowym Stowarzyszeniem ubezpieczonych w Grupie Otwartej.