

Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie na Życie

MOJE ŻYCIE

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

INDYWIDUALNE TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE”

SPIS TREŚCI	Strona
OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE” (ITO 18)	5
POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	5
WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6
OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO	6
TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	6
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6
OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY	6
CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	7
OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	7
ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	7
WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	7
ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO	7
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	7
TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	8
SUMA UBEZPIECZENIA	8
ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	8
UPRAWNIENI	8
USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ PRZEZ TOWARZYSTWO	9
OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE”	10
TABELA SKŁADEK I MINIMALNYCH WARTOŚCI	10
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 18)	10
DEFINICJE	10
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	10
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	11
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE	11
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	11
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	11
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	11
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (IPZ 18)	12
DEFINICJE	12
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	12
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	12
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE	15
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	15
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	16
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	16
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	16
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU LUB ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU 18)	17
DEFINICJE	17
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	17
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	17
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE	17
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	18
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	18
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	18
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	19
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITI 18)	19
DEFINICJE	19
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	19
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	20
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE	20
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	20
WYPŁATA ŚWIADCZENIA	20
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	21
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	21
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNYCH (IPO 18)	21
DEFINICJE	21
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	21
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	22

SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE	22
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	22
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	22
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	23
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNYCH (IPO 18)	
„TABELA OPERACJI”	23
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 18)	31
DEFINICJE	31
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	31
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	31
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE	31
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	32
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	32
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	32
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	33
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 18)	33
POSTANOWIENIA OGÓLNE	33
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	34
SKŁADKA	36
REALIZACJA ŚWIADCZEŃ	36
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	36
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	36
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 18) „TABELA ŚWIADCZEŃ”	37
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET PARTNER (IPP 18)	38
DEFINICJE	38
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	38
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	38
SKŁADKA ZA OCHRONĘ, SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA	39
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	39
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO PARTNERA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	39
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI WYKONANEJ U UBEZPIECZONEGO PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	39
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	40
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	40
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	40
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET JUNIOR (IPJ 18)	41
DEFINICJE	41
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	41
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO	41
SKŁADKA ZA OCHRONĘ, SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA	42
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	42
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	42
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI WYKONANEJ U UBEZPIECZONEGO DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	42
OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ	43
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	43
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	43
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET PARTNER (IPP 18) I OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET JUNIOR (IPJ 18) „TABELA OPERACJI”	44

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE” (ITO 18)

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

OGólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie” („OWU”) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie („umowa ubezpieczenia”) zawieranych pomiędzy HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna („Towarzystwo”) a ubezpieczającym.

§ 2.

We wszelkich dokumentach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia lub umowy ubezpieczenia dodatkowego oraz w niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **okres ubezpieczenia** – okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **karencja** – okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym z tytułu zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych umową ubezpieczenia lub umową ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności lub udziela ochrony ubezpieczeniowej w ograniczonym zakresie;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 4) **okres rozliczeniowy** – okres, za który powinna zostać opłacona należna składka ubezpieczeniowa, trwający w zależności od częstotliwości opłacania składek: miesiąc polisowy – przy miesięcznej, 3 miesiące polisowe – przy kwartalnej, 6 miesięcy polisowych – przy półrocznej i 12 miesięcy polisowych – przy rocznej częstotliwości opłacania składek;
- 5) **opłacenie składki** – uiszczenie przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, w pełnej należnej wysokości za okres rozliczeniowy;
- 6) **miesiąc polisowy** – każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu, który swoim oznaczeniem odpowiada dniowi wystawienia polisy, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego; miesiąc polisowy kończy się w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia następnego miesiąca polisowego;
- 7) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający jej warunki;
- 8) **rocznica polisy** – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia przypadająca na następujące po sobie lata kalendarzowe; a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- 9) **rok polisowy** – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdą rocznicę polisy;
- 10) **składka ubezpieczeniowa** – kwota, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości i w terminach określonych w polisie;
- 11) **suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, z uwzględnieniem późniejszych zmian do umowy ubezpieczenia, kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia;
- 12) **działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 13) **świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia i niniejszymi OWU;
- 14) **ubezpieczający** – określony w polisie podmiot zawierający z Towarzystwem umowę ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU i zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych;
- 15) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;

- 16) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu ubezpieczonego, ubezpieczonego dziecka lub ubezpieczonego partnera;
- 17) **uposażony** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
- 18) **uposażony zastępczy** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego, jeżeli uposażony nie został wskazany, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub został pozbawiony prawa do świadczenia;
- 19) **uprawniony** – uposażony, uposażony zastępczy bądź inna osoba uprawniona zgodnie z niniejszymi OWU;
- 20) **wiek ubezpieczonego** – w dniu zawarcia umowy ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia i roku kalendarzowego, w którym ubezpieczony się urodził; wiek ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy;
- 21) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – poświadczony własnoręcznym podpisem przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa dokument sporządzony na formularzu Towarzystwa, w którym ubezpieczający wnioskując o zawarcie umowy ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU;
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę świadczenia na warunkach określonych w OWU;
- 23) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w ramach umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o ryzyka dodatkowe na podstawie umów ubezpieczenia dodatkowego zawartych pomiędzy ubezpieczającym a Towarzystwem. Zakres ubezpieczenia określa polisa lub inny dokument ubezpieczenia przekazany ubezpieczającemu.

§ 4.

Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej polega na obowiązku wypłaty uposażonemu lub innemu uprawnionemu świadczenia, w wysokości aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego sumy ubezpieczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 5.

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo spełni na rzecz osoby uprawnionej świadczenie zgodne z zasadami opisanymi w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku ujawnienia, że ubezpieczający lub ubezpieczony podał informację nieprawdziwą, a w szczególności, że zatajona została choroba ubezpieczonego, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości nieprawdziwe lub zatajone nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia.
4. Jeżeli wiek lub płeć ubezpieczonego podano błędnie, Towarzystwo ma prawo do zmiany wysokości świadczenia należnego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na kwotę, jaka byłaby należna, gdyby powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym.
5. W przypadku gdy ubezpieczający oraz ubezpieczony nie są tymi samymi osobami, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania ubezpieczonemu, w formie pisemnej lub w inny uzgodniony między sobą sposób, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji o:

- 1) zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa;
 - 3) zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.
6. Ubezpieczający i ubezpieczony mają obowiązek zgłaszania Towarzystwu w formie pisemnej zmian swojego nazwiska/nazwy i adresu oraz zmian nazwisk/nazw uposażonych.
8. W przypadku określonym w treści ust. 7, Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 7 dni, do wyrażenia sprzeciwu na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
 9. W razie zgłoszenia sprzeciwu, w terminie wskazanym w ust. 8, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem upływu terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu przez ubezpieczającego lub z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu ubezpieczającego na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
 10. W przypadku braku sprzeciwu Towarzystwo uzna, że umowa doszła do skutku, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6.

1. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest:
 - 1) złożenie przez ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa;
 - 2) opłacenie przez ubezpieczającego kwoty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości;
 - 3) akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo.
2. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia lub do wypełnienia nowego, w terminie podanym w wezwaniu.
3. Jeżeli ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub nie złoży nowego w terminie, o którym mowa w ust. 2, lub Towarzystwo nie zaakceptuje wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3), umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, zaś Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu kwotę wpłatą na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 7.

1. Ubezpieczający i ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane im okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w innych dokumentach.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzyskania od ubezpieczającego lub ubezpieczonego wszelkich informacji i dokumentów, świadczących o stanie zdrowia ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji i dokumentów, mogących mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę warunków umowy od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może na własny koszt skierować na powyższe badania.
4. Ocena, o której mowa w ust. 3, dokonywana będzie m.in. w oparciu o informacje dotyczące ubezpieczonego, w tym: stan zdrowia, płeć, wiek, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby ubezpieczonego, a także status majątkowy ubezpieczającego.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odroczenia terminu zawarcia umowy ubezpieczenia, odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez ubezpieczającego.
6. W przypadku odroczenia terminu lub odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, Towarzystwo dokona na rzecz ubezpieczającego zwrotu wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie do 30 dni od daty powzięcia powyższej decyzji, po potrąceniu składki ubezpieczeniowej za okres udzielonej ochrony.
7. Jeżeli z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo wynika, że Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach, które będą odbiegać na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub OWU, Towarzystwo powiadomi o tym ubezpieczającego na piśmie, wskazując różnice między postanowieniami umowy a postanowieniami zawartymi w złożonym wniosku lub treści OWU (kontroferta).

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 8.

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez ubezpieczającego i ubezpieczonego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z zachowaniem postanowień, o których mowa w § 13.
3. W przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę 50 000 zł.
4. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w trakcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zatajenia lub podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego nieprawdziwych informacji we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, chyba że powyższe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje we wskazanych poniżej terminach, w przypadku wystąpienia któregokolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem poprzedzającym dzień zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) niezawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem doręczenia ubezpieczającemu przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 3) upływu okresu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – z upływem 60 dni od wskazanej w ust. 1 daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) niedostarczenia żądanych przez Towarzystwo dokumentów – z upływem terminu wyznaczonego przez Towarzystwo na ich dostarczenie, nie później jednak niż 60 dnia od daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnął 18 rok życia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta lub przedłużona na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 65 roku życia.
3. Umowę uważa się za zawartą z dniem początku okresu odpowiedzialności Towarzystwa wskazanym w polisie.
4. Do zawarcia na rzecz osoby trzeciej umowy ubezpieczenia, a także do jej zmiany, konieczna jest zgoda ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw uposażonego i innych osób uprawnionych. Zgoda ubezpieczonego na zawarcie umowy ubezpieczenia udzielana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 10.

1. Na podstawie niniejszych OWU umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat.

2. Po upływie okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia pod warunkiem, że żadna ze stron w okresie ostatnich 3 miesięcy obowiązywania umowy ubezpieczenia nie złoży drugiej stronie oświadczenia o rezygnacji z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2 OWU oraz § 17 ust. 3.
3. Umowa ubezpieczenia może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 2 wielokrotnie.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 11.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem opłacenia należnej składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ustaje, zaś umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek zaistnienia jednej z poniższych okoliczności:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu;
 - 3) zgonu ubezpieczonego – w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 4) osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat;
 - 5) nieopłacenia składki przez ubezpieczającego, na zasadach określonych w § 18 ust. 4 OWU – z dniem upływu terminu dodatkowego.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Ustanie odpowiedzialności nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 12.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych OWU w przypadku:

- 1) śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych (do których zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych, w tym tzw. „kontyngentów”) lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych;
- 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) samobójstwa ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 13.

1. W przypadku, gdy przyczyną śmierci ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego w związku lub w następstwie:
 - 1) zdarzeń określonych w § 12 niniejszych OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa, przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 5 ust. 2 OWU, za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walczące, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;

- 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba ubezpieczonego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Następstwem odstąpienia od umowy ubezpieczenia jest jej rozwiązanie z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego pisemnie w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Następstwem wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.

ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 16.

1. Za zgodą Towarzystwa w trakcie trwania umowy ubezpieczenia możliwa jest zmiana ubezpieczającego.
2. Zmiana dokonywana jest na podstawie pisemnego wniosku, sporządzonego na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez obecnego ubezpieczającego oraz przez osobę fizyczną, przedsiębiorcę lub jednostkę organizacyjną, która przejmie prawa i obowiązki ubezpieczającego.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego, na podstawie prawomocnego postanowienia sądu, prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia mogą przejść na spadkobierców dotychczasowego ubezpieczającego. Spadkobiercy mają prawo wyznaczyć nowego ubezpieczającego, wypełniając odpowiedni formularz Towarzystwa i dołączając prawomocne postanowienie sądu, potwierdzające ich prawa.
4. Zmiana ubezpieczającego następuje z dniem doręczenia Towarzystwu właściwego i kompletnego formularza, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 17.

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU obowiązująca w 5-letnim okresie ubezpieczenia ustalana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.

3. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla umów ubezpieczenia po zakończeniu 5-letniego okresu ubezpieczenia obowiązująca w kolejnym 5-letnim okresie ubezpieczenia ustalana jest na podstawie obowiązującej w dniu wyliczenia taryfy składek, wieku, sumy ubezpieczenia, płci z uwzględnieniem wykonywanego zawodu, stanu zdrowia, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego bez konieczności przeprowadzania dodatkowych badań medycznych z zastrzeżeniem postanowień § 20 ust. 1 i ust. 5.
4. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie składek ubezpieczeniowych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z dyspozycją ubezpieczającego wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Minimalną wysokość składki ubezpieczeniowej ustala Towarzystwo w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU. Dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka wpłynie na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.
6. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej powinna być dokonana przez ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu złożenia do siedziby Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający ma prawo do złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składek ubezpieczeniowych. Wniosek zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych.
8. Zmiana częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej będzie obowiązywać od daty najbliższej rocznicy polisy.
9. Pod warunkiem pozytywnego rozpatrzenia przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego o zmianę częstotliwości opłacania składek, Towarzystwo powiadomi ubezpieczającego na piśmie o dokonanej zmianie częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.
10. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w wymaganym terminie, kolejna opłacona składka zaliczona zostanie na poczet pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.

TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 18.

1. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić zaliczkę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w § 17 ust. 6.
2. Każdą następną składkę ubezpieczeniową ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić z góry do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
3. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki wpłynie na rachunek bankowy Towarzystwa.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie miesiąca od daty upływu jej wymagalności, Towarzystwo wezwie na piśmie ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym miesięcznym terminie wskazanym w wezwaniu, podając skutki jej nieopłacenia w tym terminie. Skutkiem nieopłacenia składki w dodatkowym terminie może być rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 19.

1. Wysokość sumy ubezpieczenia deklarowana jest przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ostateczna wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7 i § 9.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzana jest przez Towarzystwo w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 20.

1. Przed upływem 5 lat od daty zawarcia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia. Odpowiednia zmiana sumy ubezpieczenia jest możliwa tylko za zgodą Towarzystwa. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia powoduje konieczność zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej i jest możliwa tylko i wyłącznie w każdą 5 rocznicę polisy,

z zastrzeżeniem minimalnych wartości dla sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej wskazanych w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.

2. Przed upływem 5 lat od daty zawarcia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie lub podwyższenie składki ubezpieczeniowej. Odpowiednia zmiana składki ubezpieczeniowej jest możliwa tylko za zgodą Towarzystwa. Zmiana wysokości składki ubezpieczeniowej powoduje konieczność zmiany wysokości sumy ubezpieczenia i jest możliwa tylko i wyłącznie w każdą 5 rocznicę polisy, z zastrzeżeniem minimalnych wartości dla sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej wskazanych w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.
3. Towarzystwo rozpatrzy wniosek, o którym mowa w ust. 1 lub 2, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego wszystkich należnych składek ubezpieczeniowych oraz pod warunkiem wpływu wniosku do siedziby Towarzystwa w okresie co najmniej na 30 dni przed każdą 5 rocznicą polisy.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7, § 17 ust. 1 OWU.
5. Zmieniona wysokość sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszego dnia kolejnego 5-letniego okresu ubezpieczenia. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia zostanie potwierdzona w wystawionym przez Towarzystwo dokumencie ubezpieczenia.

UPRAWNIENI

§ 21.

1. Ubezpieczający ma prawo do imiennego wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przynajmniej jednego uposażonego lub uposażonego zastępczego oraz ustalenia ich procentowego udziału w świadczeniu. W przypadku zawarcia na podstawie niniejszych ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, uprawnionym do wskazania uposażonego lub uposażonego zastępczego oraz do wykonywania uprawnień, o których mowa poniżej, jest sam ubezpieczony.
2. Wskazanie uposażonego lub uposażonego zastępczego może nastąpić zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym momencie jej trwania.
3. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wskazał kilku uposażonych lub uposażonych zastępczych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia lub oznaczył je błędnie, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
4. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego lub uposażonego zastępczego.
5. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu uposażonego lub uposażonego zastępczego, zawierające datę oraz podpis, wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.
6. Jeżeli jeden z kilku uposażonych zmarł lub został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, jego udział w wypłacanym świadczeniu przechodzi na pozostałych uposażonych proporcjonalnie do posiadanych przez nich udziałów.
7. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje uposażonym zastępczym.
8. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego ani uposażonego zastępczego lub wskazani uposażeni lub uposażeni zastępczy zmarli przed śmiercią ubezpieczonego albo utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego lub innej osobie według następującej kolejności:
 - 1) Małżonek,
 - 2) Dzieci,
 - 3) Rodzice,
 - 4) Rodzeństwo,
 - 5) inne osoby, zaliczane zgodnie z Kodeksem Cywilnym do grona spadkobierców ustawowych ubezpieczonego.
9. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. W takim przypadku prawo do świadczenia przechodzi na inne osoby na zasadach określonych powyżej.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ PRZEZ TOWARZYSTWO

§ 22.

- Świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązującej w dniu jego zajścia.
- Do wniosku należy dołączyć:
 - skrócony odpis aktu zgonu;
 - dokument stwierdzający przyczynę zgonu oraz dokument potwierdzający okoliczności śmierci ubezpieczonego;
 - raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - inne żądane przez Towarzystwo dokumenty lub oświadczenia, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 2, mogą być dołączane w formie kserokopii. Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa.

§ 23.

- W przypadku braku pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
- W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje osobę uprawnioną o przysługującym jej trybie dochodzenia roszczeń.

OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

§ 24.

- Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają sobie strony, powinny być dokonywane na piśmie pod rygorem nieważności. Jeżeli Towarzystwo, ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony bądź inna osoba uprawniona zmienili siedzibę bądź adres przeznaczony do korespondencji i nie zawiadomili o tej zmianie drugiej strony, przyjmuje się, że strony dopełniły obowiązek zawiadomienia, jeżeli pismo zostało wysłane na ostatni znany adres. W przypadku zawiadomień oraz oświadczeń dotyczących umowy przesyłanych listem poleconym przez Towarzystwo, za skuteczne doręczenie uznaje się odbiór przesyłki lub upływ czasu do odbioru korespondencji wyznaczony adresatowi w drugim zawiadomieniu dla adresata o pozostawieniu przesyłki (z adnotacją „awizowano powtórnie dnia...”).
- Za datę wpływu zawiadomień i oświadczeń dotyczących umowy ubezpieczenia, przekazywanych na piśmie przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub inną osobę uprawnioną, uważa się dzień wpływu korespondencji do siedziby Towarzystwa.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25.

- Wszelkie dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia, w szczególności wnioski o zawarcie umowy ubezpieczeniowej oraz polisa, stanowią jej integralną część.

- Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
- Skargi na działania Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa.
- Skarga powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
- Organem właściwym do rozpatrywania skarg, o których mowa powyżej, jest Zarząd.
- Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej. Spory sądowe wynikające z umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, rozstrzygane są według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
- Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, w szczególności art. 21 ust. 1 pkt. 4 Ustawy (tekst jednolity: DzU z 2010 r. nr 51, poz. 307 z późn. zm.). Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, w szczególności art. 7 ust. 1, art. 12, art. 18 (tekst jednolity: DzU z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU lub postanowieniach umowy mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU z 2003 r. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

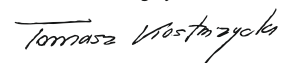
Niniejsze OWU, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu Towarzystwa z dnia 02.02.2011 r., wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do zawartych umów ubezpieczenia, począwszy od dnia 01.03.2011 r.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE”

TABELA SKŁADEK I MINIMALNYCH WARTOŚCI

Tabela Składek i Minimalnych Wartości do Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie” uchwalona przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA Uchwałą nr 17/HDI/2011 z dnia 02.02.2011 r. i obowiązująca od dnia 01.03.2011 r.

Minimalne składki ubezpieczeniowe dla umowy ubezpieczenia ITO 18

Miesięczna	50 PLN
Kwartalna	150 PLN
Półroczna	300 PLN
Roczna	600 PLN

Minimalna suma ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia ITO 18

20 000 PLN

Składki ubezpieczeniowe z tytułu Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia PAKIET PARTNER (IPP 18) zgodnie z częstotliwością

	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Miesięczna	11 PLN	20 PLN	35 PLN
Kwartalna	33 PLN	60 PLN	105 PLN
Półroczna	63 PLN	113 PLN	200 PLN
Roczna	126 PLN	226 PLN	400 PLN

Składki ubezpieczeniowe z tytułu Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia PAKIET JUNIOR (IPJ 18) zgodnie z częstotliwością

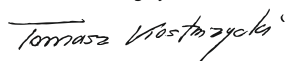
	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Miesięczna	13 PLN	23 PLN	41 PLN
Kwartalna	39 PLN	69 PLN	123 PLN
Półroczna	74 PLN	133 PLN	234,5 PLN
Roczna	148 PLN	266 PLN	469 PLN

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie” zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 2) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 3) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) **suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego** – świadczenie wypłacane uprawnionemu na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 2;
- 7) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt. 2.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez ubezpieczającego wymagalnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli umowa ubezpieczenia wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 60 roku życia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdą rocznicę polisy.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres

kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

7. Data rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzona jest w polisie lub jeżeli umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
8. Ubezpieczający może zawrzeć jedną z dwóch umów ubezpieczenia dodatkowego: Dodatkowe Indywidualne Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW 18) albo Dodatkowe Indywidualne Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 18).
9. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenia w wysokości i na zasadach wskazanych w polisie lub w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia śmierci ubezpieczonego nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo względem ubezpieczonego, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) do śmierci ubezpieczonego doszło przed upływem sześciu miesięcy od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo i wypadek ten stanowił wyłączną przyczynę śmierci.
5. W zależności od wyboru wariantu świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek zajścia nieszczęśliwego wypadku może wynosić odpowiednio w wariantcie I – 100% lub wariantcie II – 200% wartości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci ubezpieczonego potwierdzonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

OGROMACZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli

przyczyną śmierci ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

- 1) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wycyznowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty wal-ki, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednie przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu;
 - 3) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta w innym dniu niż umowa

- ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w odpowiedniej wysokości.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa, a umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 5) w razie wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego na zasadach określonych w §15 OWU.
 4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (IPZ 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (IPZ 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, przyjmuje się datę:
 - 1) rozpoznania choroby – w przypadku choroby,
 - 2) przeprowadzenia zabiegu – w przypadku zabiegu,
 - 3) przeprowadzenia zabiegu lub umieszczenia na liście biorców, w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza – w przypadku przeszczepu narządów,
 - 4) rozpoczęcia stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki – w przypadku niewydolności nerek;
- 2) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 3) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) **poważne zachorowanie** – zdarzenie określone w § 3 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 5) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 2.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt. 2.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 55 roku życia.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 3 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i obejmuje wystąpienie

u ubezpieczonego określonych poniżej rodzajów poważnego zachorowania:

- 1) **choroba Alzheimera** – postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozrzedzonych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
Muszą być spełnione wszystkie wymienione niżej warunki, a także musi istnieć związek przyczynowy z chorobą Alzheimera:
 - trwale i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu,
 - istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych,
 - konieczność sprawowania stałego nadzoru nad ubezpieczonym, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób;
- 2) **operacja aorty** – operacja aorty oznacza przebieg operacji tętniaka aorty, niedrożności, zwężenia aorty – z dostępu przez otwarcie klatki piersiowej bądź jamy brzusznej. Pod pojęciem aorty rozumie się jej odcinek brzuszny lub piersiowy, z wyłączeniem odgałęzień;
- 3) **niedokrwistość aplastyczna** – nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego powodująca rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
Muszą być stwierdzone dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
 - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20.000/mm³ oraz
 - liczba płytek krwi nie większa niż 20.000/mm³;
- 4) **łagodny (niezłośliwy) guz mózgu** – 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 zmian psychicznych czy też istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych w postaci upośledzenia czucia. Nowotwór musi spełniać następujące kryteria:
 - konieczność przeprowadzenia operacji w celu całkowitego usunięcia lub redukcji masy guza lub
 - konieczność zastosowania chemioterapii lub radioterapii lub
 - uznanie nowotworu za powiększający się i nieoperacyjny,
 - objęcie ubezpieczonego opieką paliatywną z powodu następstw niezłośliwego guza mózgu.
 Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takimi jak: tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytroniowa tomografia emisyjna (PET).
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zwapnienia, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętnicznych lub żylnych mózgu, krwinki, a także guzy przysadki czy rdzenia kręgowego;
- 5) **całkowita utrata wzroku (ślepotą)** – potwierdzone klinicznie nieodwracalne osłabienie wzroku w obu oczach w następstwie choroby. Ostrość wzroku oceniana przy użyciu np. testów Snellena w obu oczach po korekcyi musi być niższa niż 6/60 lub 20/200 lub musi zostać stwierdzone ograniczenie pola widzenia w obu oczach do nie więcej niż 20°. Świadczenie nie będzie należne, jeśli według opinii lekarzy ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać wzrok dzięki zastosowaniu urzędzenia medycznego lub wszczęciu implantu;
- 6) **przewlekła niewydolność wątroby** – schyłkowa niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarzy nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii;
- 7) **przewlekła niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego.
Muszą być spełnione wszystkie wymienione poniżej warunki:
 - udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę oraz
 - wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra;
- 8) **śpiączka** – stan utraty przytomności przebiegający z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin

i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe.

Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych u ubezpieczonego utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy.

Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki będącej następstwem nadużycia alkoholu lub narkotyków oraz efektem stosowanych leków, np. śpiączka farmakologiczna;

- 9) **operacja na naczyniach wieńcowych** – oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczęcia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej (tzw. by-passów) z otwarciem klatki piersiowej w celu korekcyi zwężenia lub niedrożności co najmniej dwóch tętnic wieńcowych lub w ramach terapii choroby niedokrwiennej serca.
Wykluczone są: przeszczepna plastyka balonowa i/lub wszelkie zabiegi śródnaczyniowe; key-hole surgery;
- 10) **choroba Crohna** – przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do zziarninowania. W wyniku choroby musi dojść do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym;
- 11) **pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo** – oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Choroba musi spowodować trwale i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA). Należy udokumentować utrzymywanie się wartości średniego ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy w oparciu o badanie inwazyjne;
- 12) **zapalenie mózgu** – zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku). Choroba musi spowodować utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwałe deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności ubezpieczonego do:
 - poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy;
- 13) **piorunujące zapalenie wątroby** – submasywna lub masywna martwica komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby prowadząca nieuchronnie do niewydolności wątroby. Rozpoznanie choroby musi opierać się na stwierdzeniu wszystkich wymienionych niżej warunków:
 - szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby oraz
 - martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska oraz
 - szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów).
 Wyniki badań ubezpieczonego powinny wykazać następujące cechy:
 - wyniki testów czynnościowych wątroby wskazujące na masywne uszkodzenie mięśnia wątroby oraz
 - obiektywne oznaki encefalopatii wtórno-systemowej;
- 14) **zawał serca** – oznacza jednoznaczne stwierdzenie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, kiedy spełnione są wszystkie podane poniżej kryteria:
 - ból w klatce piersiowej typowy dla zawału mięśnia sercowego,
 - znamienne podwyższenie stężeń specyficznych markerów sercowych charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżego zawału mięśnia sercowego,
 - potwierdzenie upośledzenia funkcji lewej komory serca w postaci zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory, istotnej hipokinezy, akinezy lub zaburzeń ruchomości ściany serca w następstwie zawału;

- 15) **operacja zastawek serca** – oznacza przebycie operacji na otwartym sercu z dostępu przez otwarcie klatki piersiowej w celu całkowitej wymiany lub naprawy jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad lub innych nieprawidłowości, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej;
- 16) **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej po dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem że:
- instytucja, w której przeprowadzono transfuzję, bierze na siebie odpowiedzialność lub sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie takiej odpowiedzialności oraz
 - osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilii.
- Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli dostępne będzie jakiegokolwiek leczenie AIDS lub opracowane zostaną metody zapobiegania rozwojowi AIDS w następstwie zakażenia HIV.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych doustnie. Towarzystwo musi mieć pełny dostęp do próbek krwi ubezpieczonego oraz możliwość przeprowadzania niezależnych testów tych próbek;
- 17) **niewydolność nerek** – oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się przewlekłym, nieodwracalnym i trwałym upośledzeniem funkcji obydwu nerek wymagającym regularnej dializoterapii lub operacji przeszczepienia nerki;
- 18) **nowotwór złośliwy** – oznacza obecność guza złośliwego charakteryzującego się postępującym, niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki i struktur otaczających. Musi zająć konieczność zastosowania specjalistycznego leczenia onkologicznego lub objęcia ubezpieczonego opieką paliatywną. Rozpoznanie musi być stwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii i potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową następujące nowotwory:
- białaczka inna niż przewlekła białaczka limfatyczna, jeśli nie stwierdza się uogólnionego rozsiewu komórek nowotworowych w czynnym szpiku kostnym,
 - guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja nabłonka szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3), lub histologicznie opisywane jako zmiany przednowotworowe,
 - wszystkie złośliwe nowotwory skóry, chyba że stwierdza się przerzuty odległe lub czerniaka złośliwego naciekającego w głąb powyżej 1,5 mm w ocenie przeprowadzonej według metody Breslowa,
 - nowotwory niezagrażające życiu, takie jak rak gruczołu krokowego, opisywane według klasyfikacji TNM jako T1 (a) lub T1 (b) bądź sklasyfikowane w innej skali jako nowotwory o podobnym lub niższym stadium zaawansowania rozwoju klinicznego;
 - brodawczakowaty mikro-rak tarczycy,
 - brodawczakowaty nieinwazyjny rak pęcherza moczowego opisywany histologicznie jako TaNOMO lub o niższym stadium zaawansowania rozwoju klinicznego,
 - przewlekła białaczka limfatyczna w stadium zaawansowania I w skali RAI lub w stadium A-I w skali Bineta;
- 19) **utrata słuchu (głuchota)** – całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach w następstwie choroby. Pojęcie całkowitej utraty słuchu oznacza próg słyszalności poniżej 90 decybeli. Świadczenie nie będzie należne, jeśli w opinii lekarzy ubezpieczonego może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego lub wszczępieniu implantu;
- 20) **utrata kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utrata co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie choroby;
- 21) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w wyniku choroby. Utrata mowy musi utrzymać się nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy. Świadczenie nie będzie należne, jeśli w opinii lekarzy ubezpieczonego może całkowicie lub częściowo odzyskać
- 22) **transplantacja głównych narządów** – przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepienia przynajmniej jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, wątroby, serca, płuca, trzustki lub szpiku kostnego. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się przeszczep innych narządów, części narządów, tkanek lub komórek;
- 23) **choroba neuronu ruchowego** – postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulwar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, gdy choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością ubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków;
- 24) **stwardnienie rozsiane** – oznacza chorobę charakteryzującą się obecnością ognisk demielinizacji rozszanych w istocie białej ośrodkowego układu nerwowego rozprzestrzeniających się także w istocie szarej. W odniesieniu do niniejszej umowy dodatkowej świadczenie jest zasadne, jeśli w wyniku stwardnienia rozsianego dochodzi do powstania ubytków neurologicznych powodujących trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
- Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii. Dla potwierdzenia rozpoznania ubezpieczonego musi wykazywać obecność nieprawidłowości neurologicznych przez ciągły okres nie krótszy niż sześć miesięcy, lub mieć dobrze udokumentowany wywiad co najmniej dwóch zaostrzeń i remisji objawów chorobowych w odstępie co najmniej jednego miesiąca, lub przebyć przynajmniej jeden epizod udokumentowany klinicznie z wykazaniem typowych nieprawidłowości w obrazie NMR układu nerwowego i w płynie mózgowo-rdzeniowym;
- 25) **dystrofia mięśni** – grupa genetycznie uwarunkowanych miopatii o charakterze zwyrodnieniowym cechujących się osłabieniem i zanikiem mięśni przebiegającym bez zajęcia układu nerwowego. W odniesieniu do niniejszej umowy dodatkowej u ubezpieczonego musi zostać rozpoznana dystrofia mięśni powodująca wystąpienie deficytu neurologicznego, którego następstwem jest trwała i nieodwracalna niezdolność ubezpieczonego do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
- 26) **porażenie (paraliż)** – całkowita i trwała utrata władzy przynajmniej w dwóch całych kończynach w następstwie choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza kończynę górną lub całą kończynę dolną;
- 27) **choroba Parkinsona** – wolno postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego przebiegająca z zajęciem neuronów tych obszarów mózgu, które odpowiadają za zmniejszenie poziomu dopaminy w mózgu (neurony dopaminergiczne). Rozpoznanie choroby musi być jednoznaczne, a jednocześnie muszą być spełnione wszystkie wymienione niżej warunki:
- brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne,
 - objawy postępującego upośledzenia sprawności organizmu,
 - obecność deficytów neurologicznych powodujących trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- 28) **udar mózgu** – zaburzenie krążenia mózgowego, którego następstwem jest zawał tkanki mózgowej lub wylew. Udar mózgu oznacza incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałą i nieodwracalną niezdolnością ubezpieczonego do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub

- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Ocena wymienionych wyżej kryteriów musi mieć miejsce nie wcześniej niż 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu. Zmiany muszą być wyraźnie stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej albo innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie udaru mózgowego oraz obecność:
- zawału tkanki mózgowej, lub
 - krwotoku wewnątrzczaszkowego bądź podpajęczynówkowego
- Wyklucza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego;
- 29) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – przewlekły proces zapalny błony śluzowej odbytu lub jelita grubego o nieustalonej dotychczas etiologii. Według niniejszej umowy dodatkowej wrzodziejące zapalenie jelita grubego oznacza postać choroby o przebiegu ostrym, piorunującym, zagrażającym życiu. Rozpoznanie musi opierać się na wynikach badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię wykonane ze wskazań nagłych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz z OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU, świadczenia w wysokości:
 - w przypadku pierwszego poważnego zachorowania 50% sumy ubezpieczenia,
 - w przypadku każdego kolejnego poważnego zachorowania 25% sumy ubezpieczenia
 aktualnej na dzień zajścia zdarzenia potwierdzonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wyłącznie jeden raz za poważne zachorowanie tego samego rodzaju. Poważne zachorowanie tego samego rodzaju jest to poważne zachorowanie zdefiniowane w jednym punkcie spośród poważnych zachorowań wyszczególnionych w § 3 ust. 2.
5. Łączna kwota świadczeń, o których mowa w ust. 3 powyżej wypłaconych przez Towarzystwo w czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnych zachorowań nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia potwierdzonej przez strony w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w przypadku poważnych zachorowań, które:
 - 1) wystąpiły lub zostały zdiagnozowane u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w ciągu trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) są następstwem chorób, które wystąpiły lub zostały zdiagnozowane u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w ciągu trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.
 Za początkowy dzień wystąpienia lub datę diagnozy u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozumie się dzień określony w myśl § 1 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego zaistniało bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wycynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walci, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 11) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 2 pkt 16;
 - 12) zaniechania lub niezastosowania się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia wystąpienia poważnego zachorowania lub w celu złagodzenia następstw poważnego zachorowania;
 - 13) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego zaistniało w trakcie przebywania ubezpieczonego poza terytorium państw UE, USA i Kanady przez okres przekraczający łącznie 13 tygodni w trakcie dowolnych 12 miesięcy, chyba że wystąpienie tego poważnego zachorowania zostało potwierdzone postępowaniem diagnostycznym w Polsce lub innych krajach UE, USA lub Kanady.
4. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu

umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.

5. Jeżeli Ubezpieczony zmarł na skutek poważnego zachorowania przed upływem trzydziestu dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego nie jest należne.
6. Jeżeli w następstwie zdarzenia będącego podstawą wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania wystąpi drugie zdarzenie przyczynowo z nim związane i objęte ubezpieczeniem dodatkowym, to fakt ten nie może być podstawą do powtórnego roszczenia. O związku przyczynowym tych zdarzeń orzeka lekarz Towarzystwa.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
 - 4) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7.

1. W okresie pierwszych trzech miesięcy trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie trzech miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu zajścia zdarzenia, w przypadku gdy wypłacone świadczenie z tytułu tego zdarzenia oraz świadczenia wcześniej wypłacone osiągną łącznie wysokość odpowiadającą 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa, a umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki zawarta została umowa ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 4) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 5) w razie wypowiedzenia dokonanej przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu

HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU LUB ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę uszczerbku na zdrowiu lub śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 2) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 3) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – nieodwracalne, według wiedzy medycznej, upośledzenie czynności narządu lub układu organizmu ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku – zwany dalej także „trwałym uszczerbkiem”;
- 5) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 2;
- 7) **dzień zajścia zdarzenia**:
 - a) data śmierci ubezpieczonego w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego albo
 - b) data wypadku, który był przyczyną powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 2.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie OWU, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez ubezpieczającego wymagalnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli umowa ubezpieczenia wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.

4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 60 roku życia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdej rocznicę polisy.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
7. Data rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzana jest w polisie lub jeżeli umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
8. Ubezpieczający może zawrzeć jedną z dwóch umów ubezpieczenia dodatkowego: Dodatkowe Indywidualne Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW 18) albo Dodatkowe Indywidualne Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 18).
9. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenia w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, w polisie lub w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo względem ubezpieczonego, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego;

- 2) do śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego doszło przed upływem sześciu miesięcy od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo i wypadek ten stanowił wyłączną przyczynę powstania śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, świadczenia w wysokości 1% aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie będzie niższy niż 5%.
6. Wysokość świadczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 2 000 (dwóch tysięcy) zł.
7. W przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 9.
8. Łączna suma świadczeń wypłaconych z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ustalonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 200 000 zł.
9. Łączna suma wszystkich świadczeń wypłaconych z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz śmierci ubezpieczonego wskutek zajścia tego samego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ustalonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli przyczyną śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatersko lub wycyzynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walci, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowych, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez

ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;

- 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w obrębie narządu, organu lub zmysłu, którego funkcje przed dniem nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, stopień trwałego uszczerbku, jakiego doznał ubezpieczony, ustalany jest przez Towarzystwo jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu, organu lub zmysłu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
4. Jeżeli w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu występuje kolejny trwały uszczerbek, świadczenie Towarzystwa wypłacane jest w wysokości różnicy pomiędzy wartością wyliczonego świadczenia a wartością świadczenia już wypłaconego z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 5.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 4) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia;
 - 5) zaświadczenia o zakończeniu leczenia i rehabilitacji wystawionego przez lekarza prowadzącego;
 - 6) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wystąpieniu i stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzone zostaną w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza się po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności pozwalających na ustalenie stopnia trwałego uszczerbku z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku w szczególności na podstawie niżej wymienionych dokumentów:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu;
 - 3) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia

dotatkowego została zawarta w innym dniu niż umowa ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w odpowiedniej wysokości.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy Ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) z dniem wypłaty świadczenia, określonego w § 4 ust. 7 albo ust. 8 albo ust. 9;
 - 4) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 5) w razie wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 6) z dniem śmierci ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITI 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITI 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 2) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 3) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
- 4) **trwałe całkowite inwalidztwo** – będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub zmysłu ubezpieczonego, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, wynikającej z umowy ubezpieczenia dodatkowego, które uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub przynoszącej dochód, trwający nieprzerwanie, przez okres co najmniej kolejnych dwunastu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, o ile według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy lub jakiegokolwiek działalności zarobkowej;
- 5) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 2;
- 7) **dzień zajścia zdarzenia** – data wypadku, będącego przyczyną powstania trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 2;
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez ubezpieczającego wymagalnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli umowa ubezpieczenia wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.

4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 60 roku życia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdej rocznicy polisy.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem ubezpieczenia dodatkowego, w którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
7. Data rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzana jest w polisie lub jeżeli umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
8. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużana na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego całkowitego inwalidztwa w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicy polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia całkowitego trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia i na zasadach określonych w polisie lub w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Świadczenie z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa Towarzystwo wypłaci w przypadku łącznego zaistnienia następujących warunków:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa nastąpił w okresie udzielania ochrony przez Towarzystwo, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego,
 - 2) do trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego doszło przed upływem sześciu miesięcy od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo i wypadek ten stanowił wyłączną przyczynę powstania trwałego całkowitego inwalidztwa.

OGROMACZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli przyczyną całkowitego trwałego inwalidztwa ubezpieczonego

był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

- 1) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Przewoźnika Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 6.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio zapisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 4) orzeczenia wydanego przez uprawniony organ, stwierdzającego trwałą całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej dwunastu miesięcy, o ile takie orzeczenie zostało wydane;
 - 5) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia ubezpieczonego;
 - 6) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wystąpieniu trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych

przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzone zostaną w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.

4. Trwałe całkowite inwalidztwo ubezpieczonego stwierdza się po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności pozwalających na ustalenie postaci inwalidztwa z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta w innym dniu niż umowa ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki umowa ubezpieczenia dodatkowego została zawarta, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 4) w razie wypowiedzenia dokonanej przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 5) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego;
 - 6) z dniem śmierci ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

1. Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r., wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa ubezpieczonego w Następstwie Niez szczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNYCH (IPO 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych (IPO 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zakończenia przeprowadzenia operacji;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednio i wyłączną przyczynę wykonania operacji chirurgicznej u ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 3) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 4) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **operacja chirurgiczna (operacja)** – zabieg chirurgiczny wykonany w warunkach szpitalnych wyszczególniony w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. W rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego za szpital nie uważa się: domu opieki, oddziału dziennego, jednostek ratownictwa medycznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum oraz placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodków wypoczynkowych, szpitala uzdrowiskowego, sanatorium, nawet jeśli stanowią integralną część szpitala;
- 7) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 3;
- 9) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 3.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 55 roku życia.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 OWU.

5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużana na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie u ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego operacji chirurgicznej wymienionej w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1.

SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej u ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU, świadczenia w wysokości wskazanej w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego określonej jako % aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia dodatkowego ustalonej przez stronę w umowie ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
4. Maksymalna suma ubezpieczenia dodatkowego nie może być wyższa niż 100 000 (sto tysięcy) złotych.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu wykonanej u ubezpieczonego operacji wyłącznie jeden raz za operację tego samego rodzaju. Operacja tego samego rodzaju jest to operacja zdefiniowana w jednym punkcie spośród operacji wyszczególnionych w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
6. Łączna kwota świadczeń, o których mowa w ust. 3 powyżej wypłaconych przez Towarzystwo w czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu wykonanych operacji nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego z tytułu operacji chirurgicznych u ubezpieczonego, jeżeli konieczność wykonania operacji wyniknęła bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;

- 3) ciąży, porodu, poronienia sztucznego lub samoistnego, cesarskiego cięcia;
 - 4) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wycyzynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;
 - 5) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 6) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 7) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 8) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 9) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 10) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 11) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 12) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV;
 - 13) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 14) leczenia niepłodności;
 - 15) przeprowadzenia operacji zmiany płci;
 - 16) przeprowadzenia operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków wymienionych w Załączniku nr 1;
 - 17) przeprowadzenia operacji wad wrodzonych, za wyjątkiem wymienionych w Załączniku nr 1;
 - 18) przebycia operacji pobrania organów w charakterze dawcy;
 - 19) przeprowadzenia operacji usunięcia narzędzi, materiałów chirurgicznych pozostawionych podczas operacji u ubezpieczonego;
 - 20) epidemii, pandemii;
 - 21) zaniechania lub niezastosowania się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia wystąpienia operacji.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio zapisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego;
 - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7.

1. W okresie pierwszych trzech miesięcy trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie trzech miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, za wyjątkiem operacji, których wykonanie spowodowane było następstwami nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu zajścia zdarzenia w przypadku, gdy wypłacone świadczenie z tytułu tego zdarzenia oraz świadczenia wcześniej wypłacone osiągną łącznie wysokość odpowiadającą 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki zawarta została umowa ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 4) w razie wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznych zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

R. Bobrycki

Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

Tomasz Kostrzycki

Tomasz Kostrzycki

**ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA OPERACJI
CHIRURGICZNYCH (IPO 18)
„TABELA OPERACJI”**

Operacje systemu nerwowego		
Operacje struktur wewnątrzmoźgowych oraz nerwów czaszkowych		% sumy ubezpieczenia
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	60
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	50
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	70
4	Drenaż zmiany występującej w tkance mózgowej	40
5	Inne operacje tkanki mózgowej wymagające otwarcia czaszki	50
6	Innego typu biopsja zmiany w tkance mózgowej	40
7	Inne operacje tkanki mózgowej	40
8	Utworzenie połączenia z komorą mózgu	60
9	Inne operacje wytworzenia połączenia z komorą mózgu	50
10	Inne operacje komór mózgowych wymagające otwarcia czaszki	60
11	Terapeutyczne endoskopowe operacje komory mózgu	40
12	Diagnostyczne endoskopowe badanie komory mózgu	30
13	Inne operacje komory mózgowej	50
14	Operacje przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	50
15	Przeszczep nerwu czaszkowego	50
16	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	60
17	Inne wewnątrzczaszkowe zniszczenie nerwu czaszkowego	60
18	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	40
19	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	40
20	Usunięcie zmiany występującej w nerwie czaszkowym	40
21	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	40
22	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	60
23	Inny rodzaj dekompresji nerwu czaszkowego	50
24	Inne operacje nerwu czaszkowego	40
25	Usunięcie zmiany opon mózgowych	40
26	Operacja naprawcza opony twardej	40
27	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	30
28	Drenaż przestrzeni podoponowej	30
29	Inne operacje związane z zapaleniem opon mózgowych	40
Operacje rdzenia kręgowego, opon rdzenia kręgowego oraz kanału kręgowego		% sumy ubezpieczenia
30	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	40
31	Inne operacje z otwarciem kanału kręgowego	40
32	Inne operacje zniszczenia rdzenia kręgowego	40
33	Inne operacje rdzenia kręgowego	40
34	Operacja naprawcza wrodzonego rozszczepu kręgosłupa	40
35	Inne operacje opon rdzenia kręgowego	30
36	Operacje korzenia nerwu kręgowego	30
Operacje nerwów obwodowych		% sumy ubezpieczenia
37	Wycięcie nerwu obwodowego	20
38	Zniszczenie nerwu obwodowego	10
39	Usunięcie zmiany w nerwie obwodowym	20

40	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	30
41	Innego typu przeszczep do nerwu obwodowego	30
42	Innego typu operacja naprawcza nerwu obwodowego	30
43	Uwolnienie nerwu obwodowego w nadgarstku	10
44	Uwolnienie nerwu obwodowego w kostce	10
45	Uwolnienie nerwu obwodowego zlokalizowanego gdzie indziej	20
46	Innego typu uwolnienie nerwu obwodowego	10
47	Ponowna operacja uwolnienia nerwu obwodowego	10
48	Inne operacje nerwu obwodowego	10
49	Usunięcie nerwu współczulnego	20
50	Chemiczne zniszczenie nerwu współczulnego	20
51	Krioterapia nerwu współczulnego	20
52	Zabieg zniszczenia termicznego nerwu współczulnego z zastosowaniem fal o częstotliwości radiowej	20
53	Innego typu zabieg zniszczenia nerwu współczulnego	20
54	Inne operacje nerwu współczulnego	20
Operacje gruczołów wydzielania wewnętrznego		% sumy ubezpieczenia
55	Operacje przysadki mózgowej	50
56	Operacje szyszynki	50
57	Operacje tarczycy	30
58	Operacje ektopowo położonej tkanki tarczycowej	30
59	Operacje dotyczące tkanki przewodu tarczowo-językowego	20
60	Operacje przytarczyc	30
61	Operacje grasicy	30
62	Operacje nadnerczy	40
63	Operacje tkanki nadnerczowej położonej ektopowo	40
Operacje piersi		% sumy ubezpieczenia
64	Całkowite usunięcie piersi	30
65	Innego typu usunięcie piersi	30
66	Rekonstrukcja piersi	40
67	Proteza piersi	30
68	Nacięcie piersi	10
69	Operacje przewodów mlekowych	10
70	Operacje brodawki sutkowej	10
71	Inne operacje piersi	20
Operacje oczu		
Operacje oczodołu, brwi (łuków brwiowych) i powieki		% sumy ubezpieczenia
72	Usunięcie gałki ocznej	40
73	Usunięcie zmiany w oczodole	40
74	Wszczepienie protezy gałki ocznej	40
75	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	20
76	Inne operacje oczodołu	10
77	Operacje łuku brwiowego	10
78	Operacje kąta szpary powiekowej	10
79	Rekonstrukcja powieki	20
80	Inne operacje powieki	10
Operacje gruczołu łzowego, dróg łzowych oraz mięśni ocznych		% sumy ubezpieczenia
81	Operacje aparatu łzowego	20
82	Operacje mięśni oka	30
Operacje spojówki, rogówki, twardówki i siatkówki		% sumy ubezpieczenia
83	Operacje spojówki	30
84	Usunięcie zmiany w rogówce	30
85	Operacje plastyczne rogówki	30
86	Zamknięcie rogówki	30
87	Inne operacje rogówki	10

88	Zabieg naprawczy odklejania się siatkówki z klamrowaniem	30
89	Operacje twardówki	10
Operacje tęczówki, ciała rzęskowego i soczewek		% sumy ubezpieczenia
90	Operacje tęczówki	30
91	Nacięcie tęczówki	20
92	Inne operacje tęczówki	30
93	Operacje ciała rzęskowego	30
94	Inne operacje komory przedniej oka	20
95	Pozatorebkowe usunięcie soczewki	20
96	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	30
97	Nacięcie torebki soczewki	30
98	Innego typu usunięcie soczewki	30
99	Innego typu operacje soczewki	20
Operacje ciała szklistego i siatkówki		% sumy ubezpieczenia
100	Operacje ciała szklistego	30
101	Fotokoagulacyjne leczenie odklejania siatkówki	30
102	Inne operacje siatkówki	30
Operacje ucha		
Operacje ucha zewnętrznego i wyrostka sutkowatego		% sumy ubezpieczenia
103	Usunięcie ucha zewnętrznego	20
104	Usunięcie zmiany w uchu zewnętrznym	10
105	Operacje plastyczne ucha zewnętrznego	20
106	Inne operacje ucha zewnętrznego	10
107	Inne operacje zewnętrznego kanału słuchowego	10
108	Inne operacje wyrostka sutkowatego	20
Operacje ucha środkowego i wewnętrznego		% sumy ubezpieczenia
109	Operacja naprawcza błony bębenkowej	20
110	Rekonstrukcja łańcucha kosteczkowego	30
111	Inne operacje kosteczek ucha	30
112	Usunięcie zmiany w uchu środkowym	20
113	Inne operacje ucha środkowego	20
114	Operacje kanału Eustachiusza	30
115	Operacje ślimaka	30
116	Operacje układu przedsionkowego	30
Operacje nosa i zatok nosowych		
Operacje nosa		% sumy ubezpieczenia
117	Wycięcie nosa	30
118	Inne operacje nosa wewnętrznego	10
119	Operacje nosa zewnętrznego	10
120	Inne operacje nosa	10
Operacje zatok		% sumy ubezpieczenia
121	Operacje zatok szczękowych	20
122	Operacje zatok czołowych	30
123	Operacje zatok klinowych	30
Operacje gardła, krtani i tchawicy		
Operacje gardła oraz migdałków		% sumy ubezpieczenia
124	Wycięcie gardła	60
125	Operacje migdałków	10
126	Operacja naprawcza gardła	60
127	Inne operacje gardła metodą otwartą	60
128	Terapeutyczne operacje gardła przy użyciu endoskopu	10
129	Inne operacje gardła	50
Operacje krtani		% sumy ubezpieczenia
130	Wycięcie krtani	60

131	Usunięcie zmiany w krtani metodą otwartą	60
132	Rekonstrukcja krtani	70
133	Inne operacje krtani metodą otwartą	60
134	Mikroterapeutyczne operacje krtani przy użyciu endoskopu	70
135	Inne terapeutyczne operacje krtani przy użyciu endoskopu	20
136	Inne operacje krtani	30
Operacje tchawicy		% sumy ubezpieczenia
137	Częściowe wycięcie tchawicy	30
138	Operacje plastyczne tchawicy	60
139	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	60
140	Wyłonienie tchawicy	30
141	Inne operacje tchawicy metodą otwartą	30
Operacje płuc i oskrzeli		% sumy ubezpieczenia
142	Operacje ostrogi tchawicy	40
143	Operacje oskrzeli metodą otwartą	50
144	Terapeutyczne zabiegi dolnych dróg oddechowych przy użyciu fiberoskopu	20
145	Terapeutyczne zabiegi dolnych dróg oddechowych przy użyciu sztywnego endoskopu	20
146	Inne operacje oskrzeli	10
147	Przeszczep płuca	100
148	Usunięcie całego płuca	80
149	Inne operacje płuca metodą otwartą	70
150	Operacje śródpiersia metodą otwartą	50
151	Terapeutyczne zabiegi śródpiersia przy użyciu endoskopu	40
Operacje ust i twarzy		
Operacje warg, zębów i języka		% sumy ubezpieczenia
152	Operacje warg	10
153	Wycięcie języka	60
154	Usunięcie zmiany języka	40
155	Inne operacje języka	10
Operacje podniebienia, migdałków i innych części ust		% sumy ubezpieczenia
156	Usunięcie zmiany podniebienia	10
157	Operacja naprawcza podniebienia	30
158	Inne operacje podniebienia	20
159	Operacje migdałków	20
160	Operacje jamy ustnej	20
Operacje ślinianki i przewodu ślinowego		% sumy ubezpieczenia
161	Wycięcie ślinianki	20
162	Inne operacje ślinianki i przewodów ślinowych	10
Operacje przewodu pokarmowego		
Operacje przełyku, przepony i żołądka		% sumy ubezpieczenia
163	Wycięcie przełyku i żołądka	80
164	Całkowite wycięcie przełyku	80
165	Częściowe wycięcie przełyku	50
166	Usunięcie zmiany w przełyku metodą otwartą	60
167	Zespolenie omijające przełyku	60
168	Operacja naprawcza przełyku	60
169	Wytworzenie przetoki przełyku	40
170	Nacięcie przełyku	30
171	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	50
172	Protezowanie przełyku metodą otwartą	60
173	Inne operacje przełyku metodą otwartą	60
174	Operacje terapeutyczne przełyku wykonane metodą fiberoskopową	40

175	Operacje terapeutyczne przełyku wykonane przy użyciu sztywnego ezofagoskopu	20
176	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	40
177	Operacja antyrefluksowa pierwotna i wtórna	40
178	Całkowite wycięcie żołądka	50
179	Częściowe wycięcie żołądka	40
180	Usunięcie zmiany w żołądku metodą otwartą	30
181	Plastyka żołądka	40
182	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	30
183	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	30
184	Wytworzenie przetoki żołądkowej	20
185	Operacje owrzodzenia żołądka	30
186	Inne operacje naprawcze żołądka przeprowadzane metodą otwartą	30
187	Operacje odźwiernika	20
188	Terapeutyczne operacje żołądka i/lub dwunastnicy wykonane metodą fiberoskopową	10
Operacje dwunastnicy, jelita czczego oraz jelita krętego		% sumy ubezpieczenia
189	Wycięcie dwunastnicy	60
190	Usunięcie zmiany w dwunastnicy metodą otwartą	70
191	Zespolenie omijające dwunastnicy	30
192	Operacje owrzodzenia dwunastnicy	30
193	Inne operacje dwunastnicy	40
194	Wycięcie jelita czczego	70
195	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	30
196	Wytworzenie przetoki jelita czczego	10
197	Zespolenie omijające jelita czczego	20
198	Laparoskopowe operacje jelita czczego	10
199	Inne operacje jelita czczego metodą otwartą	20
200	Terapeutyczne operacje jelita czczego metodą endoskopową	10
201	Inne operacje jelita czczego	20
202	Wycięcie jelita krętego	70
203	Usunięcie zmiany w jelicie krętym metodą otwartą	30
204	Zespolenia jelita krętego	30
205	Wytworzenie przetoki jelita krętego	20
206	Inne operacje jelita krętego przeprowadzane metodą otwartą	20
207	Terapeutyczne operacje jelita krętego metodą endoskopową	20
Operacje wyrostka robaczkowego		% sumy ubezpieczenia
208	Wycięcie wyrostka robaczkowego	30
209	Inne operacje wyrostka robaczkowego (w tym metodą laparoskopową)	20
Operacje okrężnicy i odbytnicy		% sumy ubezpieczenia
210	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	70
211	Całkowite wycięcie okrężnicy	60
212	Rozległe wycięcie wstępnicy	60
213	Inne wycięcie wstępnicy	60
214	Wycięcie poprzeczniczy	50
215	Wycięcie zstępnicy	50
216	Wycięcie esicy	50
217	Usunięcie zmiany w okrężnicy	30
218	Zespolenie omijające okrężnicy	30
219	Wyłonienie kątnicy	20
220	Nacięcie okrężnicy	20
221	Laparoskopowe operacje okrężnicy	10
222	Inne operacje okrężnicy metodą otwartą	20
223	Terapeutyczne operacje endoskopowe okrężnicy	10
224	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	20
225	Inne operacje okrężnicy	20

226	Wycięcie odbytnicy	50
227	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	40
228	Operacje z powodu wypadania odbytnicy	30
229	Operacje odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	30
230	Inne operacje odbytnicy poprzez odbytu	30
Operacje odbytu i okolicy okołodbytniczej		% sumy ubezpieczenia
231	Wycięcie odbytu	30
232	Usunięcie zmiany odbytu	10
233	Operacja naprawcza odbytu	20
234	Operacje hemoroidów	10
235	Inne operacje okolicy okołodbytniczej	10
236	Operacje zatoki włosowatej	10
Operacje wątroby, pęcherzyka żółciowego i trzustki		
Operacje wątroby		% sumy ubezpieczenia
237	Przeszczep wątroby	100
238	Usunięcie zmiany wątroby	60
239	Operacja naprawcza wątroby	60
240	Inne operacje wątroby metodą otwartą	40
241	Terapeutyczne operacje endoskopowe wątroby przy użyciu laparoskopu	30
242	Diagnostyczne operacje endoskopowe wątroby przy użyciu laparoskopu	20
243	Śródnaczyniowe operacje naczyń krwionośnych wątroby	40
Operacje pęcherzyka żółciowego		% sumy ubezpieczenia
244	Operacje pęcherzyka żółciowego przeprowadzone metodą otwartą	30
245	Operacje pęcherzyka żółciowego przeprowadzone metodą laparoskopową	20
Operacje przewodów żółciowych		% sumy ubezpieczenia
246	Wycięcie przewodu żółciowego	50
247	Usunięcie zmiany w przewodzie żółciowym	40
248	Zespolenie przewodu wątrobowego	40
249	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	40
250	Proteżowanie przewodu żółciowego metodą otwartą	30
251	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	40
252	Nacięcie przewodu żółciowego	20
253	Operacje zwieracza Oddiego z dostępu przez dwunastnicę	30
254	Inne operacje przewodu żółciowego	30
255	Terapeutyczne operacje opuszki Vatera przy użyciu endoskopu	30
256	Wprowadzenie protezy dróg żółciowych przy użyciu endoskopu	30
257	Terapeutyczne endoskopowe operacje przewodu trzustkowego od strony dwunastnicy (wsteczne)	30
258	Inne terapeutyczne przezskórne operacje przewodu żółciowego	30
Operacje trzustki		% sumy ubezpieczenia
259	Przeszczep trzustki	100
260	Całkowite wycięcie trzustki	80
261	Wycięcie głowy trzustki	70
262	Inne częściowe wycięcie trzustki	60
263	Usunięcie zmiany trzustki	50
264	Zespolenie przewodu trzustkowego	50
265	Inne operacje przewodu trzustkowego metodą otwartą	50
266	Drenaż zmian w trzustce metodą otwartą	40
267	Nacięcie trzustki	30
268	Inne operacje trzustki metodą otwartą	40
269	Terapeutyczne operacje trzustki z dostępu przez skórę	30

Operacje śledziony		% sumy ubezpieczenia
270	Operacje śledziony	50
Operacje serca		
Przeszczep i korekcja wad wrodzonych		% sumy ubezpieczenia
271	Przeszczep serca i płuca	100
272	Inny przeszczep serca	100
273	Operacje na otwartym sercu	70
274	Przezkórne operacje przegród serca	60
275	Przezkórne operacje zastawek serca	50
276	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	70
277	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	50
278	Inne terapeutyczne operacje śródnaczyniowe tętnicy wieńcowej	50
279	Operacje układu bodźcoprzewodzącego serca przeprowadzane metodą otwartą	70
280	Inne otwarte operacje serca	70
281	Wszczerzenie systemu wspomaganie serca	60
282	Inne śródnaczyniowe zabiegi na sercu	60
283	Diagnostyczne śródnaczyniowe operacje serca	50
284	Wszczerzenie stymulatora serca drogą przezżylną	50
285	Wycięcie osierdzia	50
286	Drenaż osierdzia	40
287	Nacięcie osierdzia	40
Operacje naczyń krwionośnych		
Operacje tętnic płucnych i aorty		% sumy ubezpieczenia
288	Wytworzenie zespolenia z aorty do tętnicy płucnej przy użyciu sztucznej protezy naczyniowej	80
289	Inne zespolenie aortalno-płucne	80
290	Zespolenie tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową	90
291	Operacje tętnicy płucnej metodą otwartą	90
292	Przezkórne operacje tętnicy płucnej	80
293	Zespolenie omijające aorty	80
294	Zastąpienie tętniakowato zmienionego odcinka aorty protezą ze wskazań nagłych	100
295	Planowa operacja zastąpienia tętniakowato zmienionego odcinka aorty protezą	90
296	Inne operacje aorty metodą otwartą	90
297	Przezkórne operacje aorty	80
Operacje tętnicy szyjnej i podobojczykowej		% sumy ubezpieczenia
298	Operacje tętnicy szyjnej metodą otwartą	80
299	Przezkórne zabiegi na tętnicy szyjnej	30
300	Chirurgiczne operacje tętnicy mózgowej	60
301	Przezkórne operacje tętnicy mózgowej	60
302	Chirurgiczne operacje tętnicy podobojczykowej	70
303	Przezkórne operacje tętnicy podobojczykowej	70
304	Chirurgiczne operacje tętnicy nerkowej	70
305	Przezkórne operacje tętnicy nerkowej	70
306	Operacje pozostałych odgałęzień trzewnych aorty brzusznej	70
307	Przezkórne operacje odgałęzień trzewnych aorty brzusznej	70
308	Zastąpienie tętniakowato zmienionego odcinka tętnicy biodrowej protezą	70
309	Zespolenie omijające tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	80
310	Zespolenie omijające tętnicy biodrowej w trybie planowym	70
311	Operacje tętnicy biodrowej metodą otwartą	60
312	Zastąpienie tętniakowato zmienionego odcinka tętnicy udowej protezą ze wskazań nagłych	60
313	Zastąpienie tętniakowato zmienionego odcinka tętnicy udowej protezą w trybie planowym	50

314	Inne chirurgiczne operacje tętnicy udowej	50
315	Przeszkórne operacje tętnicy udowej	50
316	Operacje chirurgiczne innych tętnic	40
317	Terapeutyczne przeszskórne operacje innych tętnic	30
Operacyjne wprowadzenie sztucznej przetoki do układu żylno-tętniczego		% sumy ubezpieczenia
318	Operacja wytworzenia sztucznej przetoki tętniczo-żylniej	20
319	Inne operacje tętniczo-żylnie	30
320	Operacje żyły głównej lub jej gałęzi	60
321	Inne żylnie zespolenia omijające	50
322	Operacja naprawcza zastawki żylniej	40
323	Inne operacje z powodu niewydolności żylniej	40
324	Operacje żyłaków żył kończyn dolnych	20
325	Usunięcie zakrzepu z żyły metodą otwartą	30
326	Inne operacje żył metodą otwartą	20
327	Terapeutyczne przeszskórne operacje żył	20
Operacje układu moczowego		
Operacje nerek		% sumy ubezpieczenia
328	Przeszczep nerki	90
329	Całkowite wycięcie nerki	60
330	Częściowe wycięcie nerki	60
331	Usunięcie zmiany w nerce metodą otwartą	60
332	Operacja naprawcza nerki metodą otwartą	70
333	Nacięcie nerki	30
334	Inne operacje nerki metodą otwartą	30
335	Terapeutyczne operacje nerki przy użyciu endoskopu	20
Operacje moczowodu		% sumy ubezpieczenia
336	Wycięcie moczowodu	30
337	Odwrócenie moczowodu	40
338	Reimplantacja moczowodu	40
339	Inne zespolenie moczowodu	40
340	Operacja naprawcza moczowodu	40
341	Nacięcie moczowodu	30
342	Inne operacje moczowodu metodą otwartą	30
343	Terapeutyczne operacje nefroskopowe moczowodu	20
344	Terapeutyczne uretroskopowe operacje moczowodu	20
345	Inne usunięcie kamieni z moczowodu przy użyciu endoskopu	20
346	Inne terapeutyczne operacje moczowodu przy użyciu endoskopu	20
347	Operacje ujścia moczowodu	20
Operacje pęcherza moczowego		% sumy ubezpieczenia
348	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	40
349	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	40
350	Powiększenie pęcherza moczowego	40
351	Inne operacje naprawcze pęcherza moczowego	40
352	Drenaż pęcherza moczowego metodą otwartą	10
353	Inne operacje zawartości pęcherza moczowego	20
354	Inne operacje pęcherza moczowego metodą otwartą	20
355	Usunięcie zmian w pęcherzu moczowym przy użyciu endoskopu	20
356	Operacje zwiększające pojemność pęcherza metodą endoskopową	30
357	Inne operacje terapeutyczne pęcherza przy użyciu endoskopu	30
358	Inne operacje pęcherza	10
Operacje pęcherza moczowego u kobiet		% sumy ubezpieczenia
359	Brzuszo-kroczone operacje wypadania pęcherza moczowego	70

360	Brzuszne operacje wypadania pęcherza moczowego	70
361	Przezpochwowe operacje pochwy wypadania pęcherza moczowego	60
362	Inne operacje wypadającego pęcherza	40
363	Terapeutyczne zabiegi wypadającego pęcherza moczowego przy użyciu endoskopu	20
364	Inne operacje wypadającego pęcherza	20
Operacje prostaty i pęcherza u mężczyzn		% sumy ubezpieczenia
365	Wycięcie prostaty metodą otwartą	30
366	Inne operacje prostaty metodą otwartą	20
367	Operacje wypadającego pęcherza metodą otwartą	40
368	Terapeutyczne operacje wypadającego pęcherza przy użyciu endoskopu	30
369	Terapeutyczne operacje prostaty przy użyciu endoskopu	20
370	Inne operacje wypadającego pęcherza	20
Operacje cewki moczowej		% sumy ubezpieczenia
371	Operacje cewki moczowej metodą otwartą (za wyjątkiem operacji ujścia cewki moczowej)	40
372	Terapeutyczne operacje cewki moczowej przy użyciu endoskopu	20
373	Operacje ujścia cewki moczowej	10
Operacje męskich narządów płciowych		
Operacje moszny i jąder		% sumy ubezpieczenia
374	Operacje moszny	20
375	Obustronne usunięcie jąder	30
376	Inne wycięcie jąder	10
377	Usunięcie zmiany na jądrze	10
378	Obustronne umieszczenie jąder w mosznie	20
379	Inne umieszczenie jąder w mosznie	20
380	Protezowanie jąder	20
381	Operacje worka przepuklinowego	10
382	Inne operacje jąder	20
Operacje najądrza, powrózka nasiennego oraz przewodu odprowadzającego		% sumy ubezpieczenia
383	Operacje najądrza	10
384	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	30
385	Operacje żyłaków powrózka nasiennego	20
386	Inne operacje powrózka nasiennego	20
387	Operacje nasieniowodów	20
388	Operacje męskiego krocza	20
Operacje penisa		% sumy ubezpieczenia
389	Amputacja penisa	30
390	Usunięcie zmiany penisa	10
391	Plastyka penisa	30
392	Protezowanie penisa	30
393	Operacje napletka	10
394	Inne operacje penisa	20
395	Inne operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje kobiecych narządów płciowych		
Operacje sromu i krocza		% sumy ubezpieczenia
396	Operacje lechtaczki	20
397	Operacje gruczołu Bartolina	10
398	Wycięcie sromu	50
399	Wycięcie zmiany na sromie	50
400	Operacja naprawcza sromu	60
401	Inne operacje sromu	50
402	Usunięcie zmiany na kobiecym kroczu	40
403	Inne operacje kobiecego krocza	40

Operacje pochwy		% sumy ubezpieczenia
404	Operacje przedstonka pochwy	20
405	Wycięcie pochwy	60
406	Inne operacje zwężenia pochwy	60
407	Pobranie wycinka pochwy	10
408	Usunięcie zmiany pochwy	10
409	Plastyka pochwy	30
410	Operacja naprawcza wypadającej pochwy i amputacja szyjki macicy	30
411	Inna operacja naprawcza wypadającej pochwy	30
412	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	30
413	Inne operacje naprawcze pochwy	30
414	Inne operacje pochwy	10
Operacje szyjki macicy oraz macicy		% sumy ubezpieczenia
415	Operacje w obrębie zatoki Douglasa	10
416	Wycięcie szyjki macicy	20
417	Zniszczenie zmiany w szyjce macicy	20
418	Inne operacje szyjki macicy	10
419	Brzuszne operacje szyjki macicy	30
420	Wycięcie macicy z dostępu przez pochwę	30
421	Inne operacje macicy metodą otwartą	30
422	Wyłyżczkowanie jamy macicy	10
423	Inne usunięcie zawartości jamy macicy	10
424	Wprowadzenie innej substancji do jamy macicy	10
425	Inne operacje macicy z dostępu przez pochwę	20
426	Terapeutyczne operacje macicy przy użyciu endoskopu	10
427	Inne operacje macicy	10
Operacje przydatków macicy oraz jajowodów		% sumy ubezpieczenia
428	Obustronne wycięcie przydatków macicy	40
429	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	30
430	Inne wycięcie przydatków macicy	30
431	Operacje jajowodu metodą otwartą	20
432	Terapeutyczne operacje jajowodu przy użyciu endoskopu	10
Operacje jajników		% sumy ubezpieczenia
433	Częściowe wycięcie jajników	20
434	Zniszczenie zmiany w jajniku metodą otwartą	20
435	Operacje naprawcze jajnika	20
436	Inne operacje jajników metodą otwartą	20
437	Terapeutyczne operacje jajników przy użyciu endoskopu	10
438	Operacje więzadła szerokiego macicy	10
439	Operacje innych więzadeł macicy	10
Operacje skóry i tkanek podskórnych		
Wycięcie lub biopsja skóry		% sumy ubezpieczenia
440	Plastyczne wycięcie skóry głowy lub szyi	10
441	Plastyczne wycięcie skóry na brzuchu	10
442	Plastyczne usunięcie skóry z innej części ciała	10
443	Inne zniszczenie zmiany skóry głowy lub szyi	10
444	Inne zniszczenie zmiany skóry innej części ciała	10
Przeszczepy skóry i płatów skórno-mięśniowych		% sumy ubezpieczenia
445	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	10
446	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	10
447	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-	10
448	Inny odległy przeszczep płata skóry	10
449	Przeszczep płata skórno z unerwieniem	10
450	Przeszczep skóry w celu uwolnienia przykurczu	20
451	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	20
452	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	20
453	Miejscowy przeszczep uszypułowanego płata skóry	20
454	Miejscowy przeszczep płata skóry	20
455	Przeszczep śluzówki	10
456	Inne operacyjne przeszczepy skóry głowy lub szyi	10
457	Inne operacyjne przeszczepy skóry z innej części ciała	10
458	Przeszczep skóry owłosionej do skóry głowy	10
459	Przeszczep włosów do innego miejsca	10
460	Przeszczep własnej skóry	10
461	Inny przeszczep skóry	10
462	Przeszczep śluzówki	10
463	Przeszczep tkanki do skóry	10
Operacje ściany klatki piersiowej, opłucnej i przepony		% sumy ubezpieczenia
464	Częściowe usunięcie ściany klatki piersiowej	40
465	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	40
466	Otwarcie klatki piersiowej	30
467	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	30
468	Drenaż jam opłucnej metodą otwartą	20
469	Inne operacje opłucnej metodą otwartą	30
470	Terapeutyczne operacje opłucnej metodą endoskopową	10
471	Inne operacje opłucnej	30
472	Operacje naprawcze przepony	60
473	Inne operacje przepony	50
Operacje przepukliny i inne operacje śródbrzusza		
Operacje przepukliny		% sumy ubezpieczenia
474	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	10
475	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	10
476	Plastyka nawracającej przepukliny pachwinowej	20
477	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	20
478	Plastyka nawracającej przepukliny udowej	20
479	Plastyka przepukliny pępowinowej	10
480	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	10
481	Plastyka nawracającej przepukliny	20
482	Plastyka innej przepukliny śródbrzuszej	20
Operacje śródbrzusza, krezki oraz otrzewnej		% sumy ubezpieczenia
483	Operacje naprawcze ściany brzucha	10
484	Operacje pępka	10
485	Otwarcie jamy brzusznej	10
486	Inne operacje przedniej ściany brzucha	10
487	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	20
488	Drenaż otrzewnej metodą otwartą	10
489	Operacje sieci	10
490	Operacje krezki jelita cienkiego	20
491	Operacje krezki okrężnicy	20
492	Operacje otrzewnej tylnej	30
493	Inne operacje otrzewnej metodą otwartą	30
494	Terapeutyczne operacje otrzewnej przy użyciu endoskopu	20
Operacje powięzi brzucha		% sumy ubezpieczenia
495	Operacje powięzi brzucha	10
Operacje mięśni, ściągłych i torebek stawowych		% sumy ubezpieczenia
496	Wycięcie zwoju nerwowego	10
497	Rozdzielenie powięzi	10
498	Operacje kaletki	10

499	Operacje ścięgien	10
500	Przeszczep mięśnia	20
501	Wycięcie mięśnia	20
502	Operacja naprawcza mięśnia	20
503	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20
504	Inne operacje mięśni	10
Operacje tkanki limfatycznej		% sumy ubezpieczenia
505	Wycięcie konglomeratu węzłów chłonnych	30
506	Wycięcie lub biopsja węzłów chłonnych	10
507	Drenaż zmian w węzłach chłonnych	10
508	Operacje przewodu limfatycznego	30
509	Inne operacje tkanki limfatycznej	10
Operacje twarzy i kości twarzy		% sumy ubezpieczenia
510	Operacje rozszczepów/wad rozwojowych twarzy	40
511	Inne operacje dotyczące tkanki miękkiej	10
512	Plastyka czaszki	20
513	Otwarcie czaszki	30
514	Inne operacje czaszki	30
515	Wycięcie kości z twarzy	30
516	Nastawienie złamania szczęki	20
517	Nastawienie złamania innej kości twarzy	20
518	Rozdzielenie kości twarzoczaszki	10
519	Stabilizacja kości twarzoczaszki	20
520	Inne operacje kości twarzoczaszki	20
521	Wycięcie żuchwy	40
522	Nastawienie złamania żuchwy	20
523	Rozdzielenie żuchwy	10
524	Stabilizacja żuchwy	10
525	Inne operacje żuchwy	10
Operacje rdzenia kręgowego i krążków międzykręgowych		% sumy ubezpieczenia
526	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłupa szyjnego	30
527	Rewizja operacji odbarczającej kręgosłupa szyjny	40
528	Operacja odbarczająca kręgosłupa piersiowego	30
529	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	30
530	Rewizja operacji odbarczającej kręgosłupa lędźwiowego	40
531	Operacja odbarczająca dowolnego odcinka kręgosłupa	30
532	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	40
533	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	50
534	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	30
535	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	40
536	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	30
537	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	40
538	Wycięcie dowolnego krążka międzykręgowego	40
539	Pierwotne połączenie stawu kręgosłupa szyjnego	40
540	Pierwotne połączenie stawu innego odcinka kręgosłupa	40
541	Korekcja po połączeniu stawu kręgosłupa	50
542	Korekcja wady kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	30
543	Inna korekcja wady kręgosłupa	30
544	Usunięcie zmiany w kręgosłupie	40
545	Odbarczenie złamania kręgosłupa	30
546	Inne nastawienie złamania kręgosłupa	30
547	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	40

548	Odnerwienie stawu kręgosłupowo-żebrowego	20
549	Inne operacje krążka międzykręgowego	30
550	Inne operacje kręgosłupa	30

Chirurgia urazowa i ortopedia

		% sumy ubezpieczenia
Rekonstrukcja kości		
551	Złożona rekonstrukcja kciuka	40
552	Inny złożony zabieg rekonstrukcji kości ręki	40
553	Złożona rekonstrukcja przodostopia	30
554	Złożona rekonstrukcja tyłostopia	30
555	Zastąpienie kości protezą	30
556	Całkowite wycięcie kości	20
557	Usunięcie ektopowej tkanki kostnej	10
558	Inne wycięcie kości	10
559	Usunięcie zmiany w kości	10
560	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	20
561	Inne chirurgiczne złamanie kości	20
562	Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości	20
563	Inne okołostawowe rozdzielanie kości	20
564	Rozdzielenie trzonu kości	10
565	Inne rozdzielanie kości	10
566	Inna rekonstrukcja kości	10
Nastawienie i ufkosowanie złamania kości		% sumy ubezpieczenia
567	Pierwotne nastawienie złamania kości metodą otwartą i unieruchomienie wewnątrzrdzeniowe (ze stabilizacją wewnętrzną)	10
568	Pierwotne nastawienie złamania kości metodą otwartą i unieruchomienie zewnątrzrdzeniowe (ze stabilizacją zewnętrzną)	10
569	Pierwotne nastawienie wewnątrzstawowego złamania kości metodą otwartą	10
570	Inne pierwotne nastawienie wewnątrzstawowego złamania kości	10
571	Wtórne nastawienie złamania kości metodą otwartą	10
572	Unieruchomienie zapalenia nasady kości	10
573	Inne wewnętrzne unieruchomienie kości	10
574	Wyciąg szkieletowy kości	10
575	Inne zewnętrzna stabilizacja kości	10
576	Inny przeszczep kości	10
577	Inne operacje kości metodą otwartą	20
578	Przeszczep szpiku kostnego	20
579	Terapeutyczna punkcja kości	10
Protezowanie kości i stawów		% sumy ubezpieczenia
580	Całkowita protezoplastyka biodra z użyciem cementu	40
581	Całkowita protezoplastyka biodra bez użycia cementu	50
582	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka biodra	40
583	Całkowita protezoplastyka kolana z użyciem cementu	40
584	Całkowita protezoplastyka kolana bez użycia cementu	50
585	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka kolana	40
586	Całkowita protezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	40
587	Całkowita protezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	50
588	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka	40
589	Całkowita protezoplastyka głowy kości udowej z użyciem cementu	30
590	Całkowita protezoplastyka głowy kości udowej bez użycia cementu	40
591	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka głowy kości udowej	30
592	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	30

593	Protezowanie głowy kości ramieniowej bez użycia cementu	30
594	Innego rodzaju protezowanie głowy kości ramieniowej	30
595	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	30
596	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	40
597	Innego rodzaju protezowanie stawów innej kości	30
598	Protezowanie stawu z przemieszczeniem	30
599	Innego rodzaju odtworzenie stawu z przemieszczeniem	30
600	Wycięcie zrekonstruowanego stawu	30
601	Inna rekonstrukcja stawu	30

Zespolenie stawów i nastawienie zwichnięć

Zespolenie stawu w stopie		% sumy ubezpieczenia
602	Zespolenie innego stawu i pozastawowy przeszczep kości	20
603	Zespolenie innego stawu i innego rodzaju przeszczep kości	20
604	Innego rodzaju pierwotne zespolenie innego stawu	10
605	Korekcja po zespoleniu innego stawu	20
606	Pierwotne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu metodą otwartą	20
607	Pierwotne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu metodą zamkniętą	10
608	Wtórne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu	20

Operacje struktur stawowych		% sumy ubezpieczenia
609	Operacje błony maziowej stawu wykonywane metodą otwartą	10
610	Operacje chrząstki półksiężycowatej wykonywane metodą otwartą	10
611	Inne operacje struktur wewnątrzstawowych wykonywane metodą otwartą	20
612	Protezowanie więzadła	20
613	Wzmocnienie więzadła za pomocą protezy	20
614	Innego typu rekonstrukcja więzadła	10

615	Inne operacje naprawcze więzadła wykonywane metodą otwartą	10
616	Inne operacje więzadła	10
617	Stabilizujące operacje stawów	10
618	Uwolnienie przykurczu stawu	10
619	Operacje tkanek miękkich stawu skokowego	10
620	Inne operacje stawów	10
621	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	10
622	Terapeutyczna endoskopia innej chrząstki stawowej	20
623	Terapeutyczna endoskopia innej struktury stawowej	20
624	Terapeutyczna endoskopia jam stawu kolanowego	20
625	Terapeutyczna endoskopia jam innego stawu	20
626	Inne operacje stawów	10

Replantacja i amputacja kończyn		% sumy ubezpieczenia
627	Replantacja protezy górnej kończyny	70
628	Replantacja protezy dolnej kończyny	80
629	Wszczepienie protezy kończyny	50
630	Amputacja ramienia	40
631	Amputacja dłoni	40
632	Amputacja nogi	50
633	Amputacja stopy	40
634	Amputacja palca u stopy	10
635	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	10

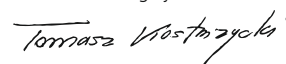
Inne operacje		% sumy ubezpieczenia
636	Amputacja brzuszno-miedniczna	100

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (IPS 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **choroba** – stan organizmu ubezpieczonego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący konieczność pobytu w szpitalu;
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – przyjmuje się datę rozpoczęcia hospitalizacji;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę pobytu ubezpieczonego w szpitalu; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 4) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 5) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **pobyt w szpitalu (hospitalizacja)** – całodobowy, nieprzerwany pobyt na oddziale szpitalnym, zgodnie z definicją szpitala podaną w pkt. 9, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Za hospitalizację nie uważa się leczenia objętego zabiegami z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeń profilaktycznych i edukacji zdrowotnej;
- 7) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 4;
- 9) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. W rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego za szpital nie uważa się: domu opieki, oddziału dziennego, jednostek ratownictwa medycznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum oraz placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodków wypoczynkowych, szpitala uzdrowiskowego, sanatorium, nawet jeśli stanowią one integralną część szpitala;
- 10) **świadczenie szpitalne** – świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo ubezpieczonemu z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w formie stawki dziennej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 4.

2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie OWU.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 16 rok życia i nie osiągnął 55 roku życia.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 3 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu, zaistniały w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ORAZ ŚWIADCZENIE

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego i sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu polega na obowiązkowej wypłacie ubezpieczonemu, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, świadczenia szpitalnego, w wysokości wskazanej w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego spośród czterech poniższych wariantów:
 - I. 50 zł, niezależnie od wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia, albo
 - II. 100 zł w przypadku, gdy suma ubezpieczenia ustalona przez strony w umowie ubezpieczenia jest równa lub wyższa niż 100 000 (sto tysięcy) zł, albo
 - III. 200 zł w przypadku, gdy suma ubezpieczenia ustalona przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego jest równa lub wyższa niż 200 000 (dwieście tysięcy) zł, albo
 - IV. 400 zł w przypadku, gdy suma ubezpieczenia ustalona przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego jest równa lub wyższa niż 400 000 (czteryście tysięcy) zł

za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt ten trwał nieprzerwanie przez co najmniej 5 dni, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej. W czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego wybrany wariant wysokości świadczenia szpitalnego nie może ulec zmianie, z zastrzeżeniem ust. 6.

4. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ

- ubezpieczony, świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.
5. Ubezpieczający w formularzu Towarzystwa, o którym mowa w § 2 ust. 2, wskaże jeden z wariantów oznaczonych w niniejszym ustępie jako wariant: I; II; III; IV, przy czym takie wskazanie ograniczone jest wyłącznie do poniższych przypadków:
 - w przypadku sumy ubezpieczenia określonej w wariantcie II, ubezpieczający może wskazać wyłącznie wariant I albo wariant II,
 - w przypadku sumy ubezpieczenia określonej w wariantcie III, ubezpieczający może wskazać wyłącznie wariant I albo wariant II albo wariant III,
 - w przypadku sumy ubezpieczenia określonej w wariantcie IV, ubezpieczający może wskazać wyłącznie jeden z wariantów oznaczonych jako: I; II; III; IV.
 6. W przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia poniżej minimalnej sumy ubezpieczenia dla wariantów wysokości świadczenia II, III, IV określonych w ust. 3 powyżej, wariant wysokości świadczenia szpitalnego ulega zmianie z dniem obniżenia sumy ubezpieczenia na wariant wysokości świadczenia odpowiadający obniżonej sumie ubezpieczenia.
 7. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia powyżej minimalnej sumy ubezpieczenia dla wariantów wysokości świadczenia II, III, IV określonych w ust. 3 powyżej, wariant wysokości świadczenia szpitalnego może ulec zmianie na pisemny wniosek ubezpieczającego, z zastrzeżeniem § 7, § 17 i § 20 OWU.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu za okres maksymalnie 90 (dziewięćdziesięć) dni pobytu w szpitalu w każdym kolejnym okresie dwunastu miesięcy licząc od dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten trwał w dniu objęcia ubezpieczonego umową ubezpieczenia dodatkowego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) choroby – jeżeli zaistniała ona przed objęciem ubezpieczonego odpowiedzialnością lub w okresie do trzydziestu dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) ciąży, porodu, poronienia sztucznego lub samoistnego, cesarskiego cięcia;
 - 3) zdarzeń określonych w § 12 OWU;
 - 4) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 5) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;
 - 6) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 8) działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 10) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 11) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;

- 12) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
- 13) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV;
- 14) zaniechania lub niezastosowania się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia pobytu w szpitalu;
- 15) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba ubezpieczonego.
5. Towarzystwo nie wypłaca świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten miał na celu:
 - 1) przeprowadzenie leczenia lub zabiegów stomatologicznych, poza przypadkami, gdy są one następstwem wypadku, w którym ubezpieczony doznał także innych obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 2) leczenie nerwic, depresji, uzależnień od alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) przeprowadzenie operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków, gdy mają one na celu usunięcie następstw nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego;
 - 4) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony;
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 7.

1. W okresie pierwszych 30 (trzydziestu) dni trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje karencja. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, za wyjątkiem pobytu w szpitalu, który spowodowany był następstwami nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki zawarta została umowa ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 4) w razie wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego.

4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HD/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 18)

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego (IAS 18), zwane dalej OWDU, stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie” (ITO 18), zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia „Moje Życie” (ITO 18), zwanych dalej ogólnymi warunkami.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **centrum operacyjne (świadczeniodawca) Mondial Assistance Sp. z o.o.** – przedstawiciel Towarzystwa udzielającego świadczeń assistance, którego adres i numer telefonu podany jest do wiadomości ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem ubezpieczającego;
- 2) **choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała ubezpieczonego, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 (dwunastu) miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 5) **ciężkie zachorowanie** – przypadek medyczny, uznawany za stan krytyczny zagrażający życiu ubezpieczonego, przewlekły, a także stan zdrowia mający niekorzystny wpływ na jakość życia osoby, rozpoznany przez lekarza;
- 6) **infolinia medyczna** – telefoniczna rozmowa z lekarzem konsultantem centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje medyczne nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego, który ich udzielił, lub Towarzystwa;
- 7) **inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego;
- 8) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 9) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu pobytu ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki;
- 10) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 12) **Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA;
- 13) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Indywidualne Ubezpieczenie Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego;
- 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- 15) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez ubezpieczającego zakres świadczeń assistance;
- 16) **wypadek lub nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe niezależnie od woli ubezpieczonego, które wystąpiło w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia, przy

- czym za wypadek nie są uważane choroby, wliczając w to zawał serca, udar mózgu oraz inne choroby o nagłym przebiegu;
- 17) **zdarzenie** – wystąpienie u ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w pkt 2) lub obrażeń ciała w następstwie wypadku w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 16) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w tym punkcie. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 15) za zdarzenie uznaje się ciężkie zachorowanie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- § 2.**
1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
 2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w czasie trwania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w najbliższą rocznicę polisy po złożeniu ww. wniosku.
 3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 i 3.
 4. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo spełni świadczenie jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
 5. Zakres ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) udzielenie pomocy ubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia;
 - 2) udzielenie pomocy w przypadku utraty pracy przez ubezpieczonego, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych);
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne;
 - 4) infolinia „Baby assistance”.
 6. Zakres ubezpieczenia jest uzależniony od wariantu ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu w ramach danego wariantu określone są w Tabeli Świadczeń, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWDU.
 7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - 1) wizyta lekarza w związku z wypadkiem – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu ubezpieczonego;
 - 2) wizyta pielęgniarki w związku z wypadkiem – organizacja i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca pobytu ubezpieczonego i honorariów pielęgniarki;
 - 3) dostarczenie leków – dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia objętego ochroną wymaga leżenia;
 - 4) transport medyczny do placówki medycznej – transport z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza uprawnionego, w przypadku zajścia zdarzenia wymagającego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 5) transport medyczny z placówki medycznej – transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 6) transport medyczny między placówkami medycznymi – transport z placówki medycznej do innej placówki medycznej w przypadku gdy:
 - a) placówka, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia,
 - b) ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- osobisty asystent – usługa obejmująca w zależności od wskazań lekarza uprawnionego i woli ubezpieczonego zorganizowanie osoby, która będzie towarzyszyć ubezpieczonemu podczas transportu medycznego i będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w szpitalu;
- 8) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji, oferujących placówek handlowych lub wypożyczalni, oferujących sprzęt rehabilitacyjny, oraz pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
- 9) transport sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego;
- 10) organizacja procesu rehabilitacyjnego – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego, albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 11) pomoc domowa i pielęgnarska po hospitalizacji – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej i pielęgnarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 (pięciu) dni po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 3 (trzech) dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu ubezpieczonego. Opieka obejmuje podawanie posiłków, wykonanie zabiegów pielęgnarskich, pomoc w robieniu zakupów, porządków, pomoc w dziedzinie higieny osobistej;
- 12) opieka nad dziećmi ubezpieczonego i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji, gdy ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi ubezpieczonego i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 12) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.

W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez ubezpieczonego pod adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pod literą a) lub b) Towarzystwo,

 - c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 (pięciu) dni. Jeżeli będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenia usług, o których mowa w pkt 12) ppkt a), b) i c) są realizowane na wniosek ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 13) transport dzieci ubezpieczonego i osób niesamodzielnymi – w sytuacji, gdy ubezpieczony przebywa w szpitalu

- przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
- a) przewozu dzieci ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi ubezpieczonego i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- 14) dostosowanie miejsca pracy – usługa obejmująca organizację i pokrycie kosztów przystosowania miejsca pracy ubezpieczonego (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznał on trwałego inwalidztwa, o którym mowa w § 1 pkt 7). Towarzystwo pokrywa koszty dostosowania miejsca pracy do kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia;
- 15) konsylium lekarskie – centrum operacyjne w przypadku zaistnienia zdarzenia zobowiązuje się do:
- a) zorganizowania i pokrycia kosztów powtórnej konsultacji medycznej przez wskazanego przez centrum operacyjne lekarza-konsultanta będącego uznanym specjalistą w zakresie problemu medycznego, którego konsultacja dotyczy, na podstawie zebranej i dostarczonej przez ubezpieczonego dokumentacji medycznej,
 - b) zorganizowania i pokrycia kosztów ewentualnych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza konsultanta,
 - c) pośredniczenia w kontaktach pomiędzy ubezpieczonym a lekarzem konsultantem,
 - d) sporządzenia powtórnej opinii medycznej na podstawie odbytych konsultacji,
 - e) przesłania do ubezpieczonego powtórnej opinii medycznej;
- Usługi, o których mowa w pkt. 15) ppkt d), mają charakter informacyjny i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.
- 16) pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów wizyt u psychologa, jeżeli na skutek zajścia zdarzenia takiego jak:
- a) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - b) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego choroby lub choroby przewlekłej,
- będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem.
8. O celowości organizacji usług i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 5, decyduje lekarz uprawniony.
9. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego przekroczy limit kosztów określony w niniejszych warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztem faktycznym a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem kosztów.
10. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
- 1) pakiet informacyjny – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z ubezpieczonym z przyczyn dotyczących pracodawcy wysłała do ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV),
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego,
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
 - 2) informacja telefoniczna – ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy,
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne,
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych,
 - d) rejestracja w urzędzie pracy,
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych,
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
 - 3) aktywne poszukiwanie pracy – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla ubezpieczonego, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczoną od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 4) pomoc psychologa po utracie pracy – centrum operacyjne zapewnia ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 PLN. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum operacyjne z ubezpieczonym. Ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego świadczy poprzez centrum operacyjne usługi informacyjne, dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 10 pkt 1), 2), 3), 4) jest dostarczenie do centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z ubezpieczonym z przyczyn dotyczących pracodawcy z zachowaniem postanowień § 5.
11. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje ubezpieczonemu:
- 1) informowanie o placówkach medycznych w razie choroby lub wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej.
12. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 4) Towarzystwo gwarantuje ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
- 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
 - 8) pielęgnacji noworodka.
13. Wymienione w § 2 ust. 7–10 usługi (organizacja usług i pokrycie kosztów) świadczone są do łącznego limitu 1000 PLN dla Wariantu I, 1500 PLN dla Wariantu II oraz 2000 PLN dla Wariantu III, z zastrzeżeniem, że kwoty wymienione w ust. 7 pkt 14) oraz ust. 10 pkt 4) zawierają się w tych limitach. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń.
14. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla ubezpieczonego obowiązują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

SKŁADKA**§ 3.**

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach i zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia określonego w Tabeli Świadczeń, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWDU.
2. Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego przedstawi ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość składki ubezpieczeniowej, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na nową wysokość składki ubezpieczeniowej.
3. W przypadku gdy ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość składki ubezpieczeniowej jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czternastu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 2, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużeniu ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ**§ 4.**

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do telefonicznego skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje dotyczące ubezpieczonego:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) numer PESEL;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer polisy;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego oraz
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia do centrum operacyjnego wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. W przypadku gdy ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w niniejszych warunkach, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej, ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszt świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić ubezpieczonemu w całości bądź części poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 (pięciu) dni od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku zorganizowania świadczeń, w oparciu o niniejsze warunki, we własnym zakresie.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**§ 5.**

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, jeżeli zdarzenie nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, i ponadto nie obejmuje:
- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
 - 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
 - 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum

operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 4 ust. 5 lub

- 4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach) lub
- 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym, jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii lub
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru lub
 - c) pozostawiania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekar-skim bądź ze wskazaniem ich użycia lub
 - d) chorób psychicznych lub
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego lub
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej, w szczególności: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szybownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych lub
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub
 - h) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza lub
 - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności lub
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) lub
 - k) chorób przewlekłych, z wyjątkiem świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 16) ppkt e).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 6.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:
 - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - b) z dniem śmierci ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie OWDU ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków.
4. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych OWDU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia ogólnych warunków, o ile niniejsze OWDU nie stanowią inaczej.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Uchwałą nr 17/HD/2011 z dnia 02.02.2011 r. i wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

R. Bobrycki

Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

Tomasz Kostrzycki

Tomasz Kostrzycki

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 18) „TABELA ŚWIADCZEŃ”

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZAKRES ŚWIADCZEŃ	LIMITY		
		WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK LUB CHOROBA				
	transport medyczny do placówki medycznej	x	x	x
	transport medyczny z placówki medycznej	x	x	x
	transport medyczny między placówkami medycznymi		x	x
	osobisty asystent		x	x
	dostarczanie leków	x	x	x
	wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego		x	x
	transport sprzętu rehabilitacyjnego		x	x
	organizacja procesu rehabilitacyjnego			x
	pomoc domowa i pielęgnarska po hospitalizacji		x	x
	opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi			x
	transport dzieci i osób niesamodzielných			x
NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK				
	wizyta lekarza	x	x	x
	wizyta pielęgniarki	x	x	x
TRUDNA SYTUACJA LOSOWA				
	pomoc psychologa		x	x
CIĘŻKIE ZACHOROWANIE				
	konsylium lekarskie			x
NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK SKUTKUJĄCY INWALIDZTWE				
	dostosowanie miejsca pracy			1 000 zł
UTRATA PRACY Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO STRONIE PRACODAWCY				
	utrata pracy (pakiet informacyjny, informacja telefoniczna, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy)		500 zł dotyczy pomocy psychologa	500 zł dotyczy pomocy psychologa
NIEZALEŻNIE OD WYSTĄPIENIA ZDARZENIA				
	infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	baby assistance	bez limitu	bez limitu	bez limitu
ŁĄCZNY LIMIT NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE:		1 000 zł	1 500 zł	2 000 zł

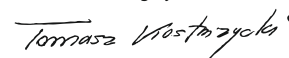
- X oznacza, iż wariant obejmuje określone świadczenie zgodnie z limitem określonym w OWDU dla danego wariantu,
– oznacza, iż wariant nie obejmuje danego świadczenia.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET PARTNER (IPP 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner (IPP 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana przez ubezpieczającego, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia;
- 2) **ubezpieczony partner** – osoba fizyczna, z którą ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo pozamałżeńskim, wskazana przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w okresie odpowiedzialności w piśmennym oświadczeniu ubezpieczającego, z tym zastrzeżeniem, że oświadczenie to zostanie złożone przed dniem zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w życiu ubezpieczonego partnera;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego partnera, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego partnera bądź pobytu w szpitalu ubezpieczonego partnera bądź operacji ubezpieczonego partnera; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 4) **pobyt w szpitalu (hospitalizacja)** – całodobowy nieprzerwany pobyt na oddziale szpitalnym służącym zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego partnera, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za hospitalizację nie uważa się leczenia objętego zabiegami z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeń profilaktycznych i edukacji zdrowotnej;
- 5) **operacja chirurgiczna (operacja)** – zabieg chirurgiczny wykonany w warunkach szpitalnych wyszczególniony w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 7) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 8) **pakiet** – zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący śmierć ubezpieczonego partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt ubezpieczonego partnera w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz operację przeprowadzoną u ubezpieczonego partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Pakiet dostępny jest w trzech wariantach różniących się sumą ubezpieczenia i składką;
- 9) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. W rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego za szpital nie uważa się: domu opieki, oddziału dziennego, jednostek ratownictwa medycznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum oraz placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodków wypoczynkowych, szpitala uzdrowiskowego, sanatorium, nawet jeśli stanowią one integralną część szpitala;
- 10) **świadczenie szpitalne** – świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo ubezpieczonemu partnerowi z tytułu

pobytu ubezpieczonego partnera w szpitalu, w formie stawki dziennej;

- 11) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 12) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 6;
- 13) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian do umowy ubezpieczenia dodatkowego, która stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia;
- 14) **wiek ubezpieczonego partnera** – w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego i roku kalendarzowego, w którym ubezpieczony partner się urodził; wiek ubezpieczonego partnera w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 15) **uposażony** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczonego partnera jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego partnera;
- 16) **uposażony zastępczy** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczonego partnera jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego partnera, jeżeli uposażony nie został wskazany, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego partnera lub został pozbawiony prawa do świadczenia;
- 17) **uprawniony** – uposażony, uposażony zastępczy bądź inna osoba uprawniona zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego;
- 18) **dzień zajścia zdarzenia**
 - data śmierci – w przypadku śmierci ubezpieczonego partnera,
 - data rozpoczęcia hospitalizacji – w przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonego partnera,
 - data zakończenia przeprowadzenia operacji – w przypadku operacji ubezpieczonego partnera.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 6.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez ubezpieczającego wymagalnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli umowa ubezpieczenia wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego partnera, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął 18 rok życia i nie osiągnął 60 roku życia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy, o której mowa w § 2 pkt 8 OWU.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.
7. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest życie oraz zdrowie ubezpieczonego partnera.

2. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w życiu ubezpieczonego partnera w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa następujących zdarzeń:
 - a) śmierć ubezpieczonego partnera w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - b) pobyt ubezpieczonego partnera w szpitalu w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - c) operacja wykonana u ubezpieczonego partnera w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA ZA OCHRONĘ, SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA

§ 4.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem wybranego wariantu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz z OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń, o których mowa w § 3 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu partnerowi lub, w przypadku śmierci ubezpieczonego partnera, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU świadczenia.
4. Wysokość świadczenia jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Wysokość sumy ubezpieczenia zależy od rodzaju zdarzenia oraz wybranego wariantu i wynosi:

Zdarzenie	Wariant I (wysokość sumy ubezpieczenia)	Wariant II (wysokość sumy ubezpieczenia)	Wariant III (wysokość sumy ubezpieczenia)
Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	20 000 zł	40 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	50 zł	75 zł	100 zł
Operacja chirurgiczna w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	20 000 zł	40 000 zł

6. Wysokość składki zależy od wybranego wariantu i określona została w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.
7. Wybrany przez ubezpieczającego wariant, określający wysokości sum ubezpieczenia oraz wysokość składki ubezpieczeniowej wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. Zmiana wariantu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego możliwa jest w każdą piątą rocznicę polisy.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

8. Śmierć ubezpieczonego partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku objęta jest odpowiedzialnością Towarzystwa, jeśli nastąpiła w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo oraz w okresie sześciu miesięcy licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
9. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty uprawnionemu

do otrzymania świadczenia, świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego wskazanej w polisie lub w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.

10. Do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego partnera w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu;
 - 3) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO PARTNERA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

12. Świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu licząc od pierwszego dnia pobytu w szpitalu i wypłacane jest ubezpieczonemu partnerowi.
13. Świadczenie szpitalne zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek oraz pobyt w szpitalu będący jego skutkiem wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
14. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu ubezpieczonego partnera w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu partnerowi za okres maksymalnie 90 (dziewięćdziesięciu) dni pobytu w szpitalu w każdym kolejnym okresie dwunastu miesięcy licząc od dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
15. Do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego partnera w szpitalu na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 16.
16. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego partnera w szpitalu na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego;
 - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony;
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI WYKONANEJ U UBEZPIECZONEGO PARTNERA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

17. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje ubezpieczonemu partnerowi i zostanie wypłacone, o ile nieszczęśliwy wypadek oraz operacja będąca jego skutkiem wystąpiły w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
18. Świadczenie z tytułu operacji nie zostanie wypłacone, jeżeli wykonana u ubezpieczonego partnera operacja nie jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku.
19. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej u ubezpieczonego partnera polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu partnerowi zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU, świadczenia w wysokości wskazanej w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego określonej jako % aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez stronę w umowie ubezpieczenia potwierdzonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

20. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu wykonanej u ubezpieczonego partnera operacji wyłącznie jeden raz za operację tego samego rodzaju. Operacja tego samego rodzaju jest to operacja zdefiniowana w jednym punkcie spośród operacji wyszczególnionych w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
21. Łączna kwota świadczeń, o których mowa w ust. 19 powyżej wypłaconych przez Towarzystwo w czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu wykonanych operacji nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego ustalonej przez strony wynikającej z wybranego wariantu w ciągu roku polisowego, o którym mowa w § 2 pkt 9 OWU.
22. Do wypłaty świadczenia z tytułu operacji na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio zapisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 23.
23. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej w szczególności na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym koszty leczenia szpitalnego;
 - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony;
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zaistniało bezpośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń dotyczących ubezpieczonego partnera, o których mowa w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub ubezpieczonego partnera, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego partnera amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego partnera;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego partnera wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego partnera pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczonego partnera zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego partnera, jeżeli ubezpieczony partner nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego partnera pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;

- 11) zaniechania lub niezastosowania się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia wystąpienia operacji lub pobytu w szpitalu;
 - 12) stanu zdrowia ubezpieczonego partnera lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczonego partnera wieku 65 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki zawarta została umowa ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego partnera;
 - 4) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 5) w razie wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 6) z dniem śmierci ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Partner zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

R. Bobrycki

Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

Tomasz Kostrzycki

Tomasz Kostrzycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET JUNIOR (IPJ 18)

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior (IPJ 18) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”, zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”.

DEFINICJE

§ 1.

W niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, którego życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia;
- 2) **ubezpieczone dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przez ubezpieczonego przysposobione, które na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego nie osiągnęło 18 roku życia, wskazane przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w okresie odpowiedzialności w pisemnym oświadczeniu ubezpieczającego;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego dziecka, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego dziecka bądź pobytu w szpitalu ubezpieczonego dziecka bądź operacji ubezpieczonego dziecka; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 4) **pobyt w szpitalu (hospitalizacja)** – całodobowy nieprzerwany pobyt na oddziale szpitalnym służącym zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego dziecka, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za hospitalizację nie uważa się leczenia objętego zabiegami z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeń profilaktycznych i edukacji zdrowotnej;
- 5) **operacja chirurgiczna (operacja)** – zabieg chirurgiczny będący następstwem nieszczęśliwego wypadku wykonany w warunkach szpitalnych wyszczególniony w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Moje Życie”;
- 7) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 8) **pakiet** – zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący śmierć ubezpieczonego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt ubezpieczonego dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz operacja przeprowadzona u ubezpieczonego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Pakiet dostępny jest w trzech wariantach różniących się sumą ubezpieczenia i składką;
- 9) **szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. W rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego za szpital nie uważa się: domu opieki, oddziału dziennego, jednostek ratownictwa medycznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum oraz placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodków wypoczynkowych, szpitala uzdrowiskowego, sanatorium, nawet jeśli stanowią one integralną część szpitala;
- 10) **świadczenie szpitalne** – świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo ubezpieczonemu dziecku z tytułu pobytu ubezpieczonego dziecka w szpitalu, w formie stawki dziennej;
- 11) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;

- 12) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU, o których mowa w pkt. 6;
- 13) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian do umowy ubezpieczenia dodatkowego, która stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia;
- 14) **wiek ubezpieczonego dziecka** – w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego i roku kalendarzowego, w którym ubezpieczone dziecko się urodziło; wiek ubezpieczonego dziecka w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- 15) **uposażony** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczone dziecko jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego dziecka;
- 16) **uposażony zastępczy** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczone dziecko jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego dziecka, jeżeli uposażony nie został wskazany, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego dziecka lub został pozbawiony prawa do świadczenia;
- 17) **uprawniony** – uposażony, uposażony zastępczy bądź inna osoba uprawniona zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego;
- 18) **dzień zajścia zdarzenia**
 - data śmierci – w przypadku śmierci ubezpieczonego dziecka,
 - data rozpoczęcia hospitalizacji – w przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonego dziecka,
 - data zakończenia przeprowadzenia operacji – w przypadku operacji ubezpieczonego dziecka.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2.

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 1 pkt 6.
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez ubezpieczającego wymagalnych składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia, jeśli umowa ubezpieczenia wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 7 OWU.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego dziecka, które w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie osiągnęło 18 roku życia.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia lub w każdej rocznicę polisy, o której mowa w § 2 pkt 8 OWU.
6. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia dodatkowego nie złoży oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust 2.
7. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być przedłużona na zasadach określonych w ust. 4 wielokrotnie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest życie oraz zdrowie ubezpieczonego dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w życiu ubezpieczonego dziecka w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa następujących zdarzeń:
 - 1) śmierć ubezpieczonego dziecka w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) pobyt ubezpieczonego dziecka w szpitalu w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- 3) operacja wykonana u ubezpieczonego dziecka w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA ZA OCHRONĘ, SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ŚWIADCZENIA

§ 4.

- Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia i na tych samych zasadach. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wyliczana jest z uwzględnieniem wybranego wariantu ubezpieczenia dodatkowego.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej może ulec zmianie w rocznicę polisy. O planowanej zmianie wysokości składki Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed datą rocznicy polisy, wyznaczając ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 14 dni, w którym ubezpieczający może zgłosić na piśmie sprzeciw na dokonanie proponowanej zmiany. Sprzeciw ubezpieczającego będzie traktowany jak brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny okres ubezpieczenia. Brak sprzeciwu ubezpieczającego w wyznaczonym terminie traktowany będzie jako akceptacja zaproponowanych przez Towarzystwo warunków umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz z OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń, o których mowa w § 3 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu dziecku lub, w przypadku śmierci ubezpieczonego dziecka, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.
- Wysokość świadczenia jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Wysokość sumy ubezpieczenia zależy od rodzaju zdarzenia oraz wybranego wariantu i wynosi:

Zdarzenie	Wariant I (wysokość sumy ubezpieczenia)	Wariant II (wysokość sumy ubezpieczenia)	Wariant III (wysokość sumy ubezpieczenia)
Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	20 000 zł	40 000 zł
Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	50 zł	75 zł	100 zł
Operacja chirurgiczna w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł	20 000 zł	40 000 zł

- Wysokość składki zależy od wybranego wariantu i określona została w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.
- Wybrany przez ubezpieczającego wariant, określający wysokości sum ubezpieczenia oraz wysokość składki ubezpieczeniowej wskazany jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. Zmiana wariantu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego możliwa jest w każdą piątą rocznicę polisy.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Śmierć ubezpieczonego dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku objęta jest odpowiedzialnością Towarzystwa, jeśli nastąpiła w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo oraz w okresie sześciu miesięcy licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty uprawnionemu do otrzymania świadczenia, świadczenia w wysokości i na zasadach wskazanych w polisie lub w innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego w zależności od wybranego wariantu.
- Do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego dziecka w następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego,

stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 11.

- Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu;
 - raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu licząc od pierwszego dnia pobytu w szpitalu i wypłacane jest na rzecz ubezpieczonego dziecka.
- Świadczenie szpitalne zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek oraz pobyt w szpitalu będący jego skutkiem wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu ubezpieczonego dziecka w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu dziecku za okres maksymalnie 90 (dziewięćdziesięciu) dni pobytu w szpitalu w każdym kolejnym okresie dwunastu miesięcy licząc od dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
- Do wypłaty świadczenia szpitalnego, o którym mowa w § 2 pkt. 9 OWU na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 16.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego dziecka w szpitalu w szczególności na podstawie:
 - wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego;
 - raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony;
 - innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPERACJI WYKONANEJ U UBEZPIECZONEGO DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Świadczenie z tytułu operacji przysługuje ubezpieczonemu dziecku i zostanie wypłacone, o ile nieszczęśliwy wypadek oraz operacja będąca jego skutkiem wystąpiły w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Świadczenie z tytułu operacji nie zostanie wypłacone, jeżeli wykonana u ubezpieczonego dziecka operacja nie jest skutkiem zajścia nieszczęśliwego wypadku.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego oraz OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej u ubezpieczonego dziecka polega na obowiązku wypłaty na rzecz ubezpieczonego dziecka zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU, świadczenia w wysokości wskazanej w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego określonej jako % aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez ubezpieczającego Wariantu.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu wykonanej u ubezpieczonego dziecka operacji wyłącznie jeden raz za operację tego samego rodzaju. Operacja tego samego rodzaju jest to operacja zdefiniowana w jednym punkcie spośród operacji wyliczonych w Tabeli Operacji stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
- Łączna kwota świadczeń, o których mowa w ust. 19 powyżej, wypłaconych przez Towarzystwo w czasie trwania umowy

ubezpieczenia dodatkowego z tytułu wykonanych operacji nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego ustalonej przez strony wynikającej z wybranego wariantu w ciągu roku polisowego, o którym mowa w § 2 pkt 9 OWU.

22. Do wypłaty świadczenia z tytułu operacji wykonanej u ubezpieczonego dziecka na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio zapisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 23.
23. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia;
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, w tym karta leczenia szpitalnego;
 - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony;
 - 5) innych żądanych przez Towarzystwo dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zaistniało bezpośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń dotyczących ubezpieczonego dziecka, o którym mowa w § 12 OWU;
 - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub ubezpieczone dziecko, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach na zasadach określonych w § 5 ust. 2 OWU – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy;
 - 3) uprawiania przez ubezpieczone dziecko amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;
 - 4) samookaleczenia się ubezpieczonego dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczone dziecko;
 - 5) wystąpienia u ubezpieczonego dziecka wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 6) działania ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 8) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 9) poddania się przez ubezpieczone dziecko zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczone dziecko, jeżeli ubezpieczone dziecko nie posiadało odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczone dziecko pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
 - 11) zaniechania lub niezastosowania się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia wystąpienia operacji lub pobytu w szpitalu;
 - 12) stanu zdrowia ubezpieczonego dziecka lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego,

Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z osiągnięciem przez ubezpieczone dziecko wieku 18 lat.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem upływu okresu, na jaki zawarta została umowa ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego dziecka;
 - 4) w razie odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w § 14 OWU;
 - 5) w razie wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego na zasadach określonych w § 15 OWU;
 - 6) z dniem śmierci ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7.

1. Do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 17/HDI/2011 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 02.02.2011 r. wchodzi w życie z dniem 01.03.2011 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Pakiet Junior zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

R. Bobrycki

Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

Tomasz Kostrzycki

Tomasz Kostrzycki

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET PARTNER (IPP 18) I OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA PAKIET JUNIOR (IPJ 18) „TABELA OPERACJI”

Operacje systemu nerwowego	
Operacje struktur wewnątrzmożgowych oraz nerwów czaszkowych	% sumy ubezpieczenia
1 Rozległa resekcja tkanki mózgowej	60
2 Inne operacje tkanki mózgowej wymagające otwarcia czaszki	50
3 Inne operacje tkanki mózgowej	40
4 Utworzenie połączenia z komorą mózgu	60
5 Inne operacje wytworzenia połączenia z komorą mózgu	50
6 Inne operacje komór mózgowych wymagające otwarcia czaszki	60
7 Inne operacje komory mózgowej	50
8 Operacje przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	50
9 Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	40
10 Inny rodzaj dekompresji nerwu czaszkowego	50
11 Inne operacje nerwu czaszkowego	40
12 Operacja naprawcza opony twardej	40
13 Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	30
14 Drenaż przestrzeni podoponowej	30
Operacje rdzenia kręgowego, opon rdzenia kręgowego oraz kanału kręgowego	% sumy ubezpieczenia
15 Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	40
16 Inne operacje z otwarciem kanału kręgowego	40
17 Inne operacje rdzenia kręgowego	40
18 Inne operacje opon rdzenia kręgowego	30
19 Operacje korzenia nerwu kręgowego	30
Operacje nerwów obwodowych	% sumy ubezpieczenia
20 Wycięcie nerwu obwodowego	20
21 Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	30
22 Innego typu przeszczep do nerwu obwodowego	30
23 Innego typu operacja naprawcza nerwu obwodowego	30
24 Uwolnienie nerwu obwodowego w nadgarstku	10
25 Uwolnienie nerwu obwodowego w kostce	10
26 Uwolnienie nerwu obwodowego zlokalizowanego gdzie indziej	20
27 Innego typu uwolnienie nerwu obwodowego	10
28 Ponowna operacja uwolnienia nerwu obwodowego	10
29 Inne operacje nerwu obwodowego	10
Operacje oczu	% sumy ubezpieczenia
Operacje oczodołu, brwi (łuków brwiowych) i powieki	% sumy ubezpieczenia
30 Usunięcie gałki ocznej	40
31 Wszczepienie protezy gałki ocznej	40
32 Plastikna operacja naprawcza oczodołu	20
33 Inne operacje oczodołu	10
34 Operacje łuku brwiowego	10

35 Rekonstrukcja powieki	20
36 Inne operacje powieki	10
Operacje gruczołu łzowego, dróg łzowych oraz mięśni ocznych	% sumy ubezpieczenia
37 Operacje aparatu łzowego	20
38 Operacje mięśni oka	30
Operacje spojówki, rogówki, twardówki i siatkówki	% sumy ubezpieczenia
39 Operacje spojówki	30
40 Operacje plastyczne rogówki	30
41 Zamknięcie rogówki	30
42 Inne operacje rogówki	10
43 Zabieg naprawczy odklejania się siatkówki z kłamrowaniem	30
44 Operacje twardówki	10
Operacje tęczówki, ciała rzęskowego i soczewek	% sumy ubezpieczenia
45 Operacje tęczówki	30
46 Operacje ciała rzęskowego	30
47 Inne operacje komory przedniej oka	20
48 Pozatorebkowe usunięcie soczewki	20
49 Innego typu operacje soczewki	20
Operacje ciała szklistego	% sumy ubezpieczenia
50 Operacje ciała szklistego	30
Operacje ucha	% sumy ubezpieczenia
Operacje ucha zewnętrznego i wyrostka sutkowatego	% sumy ubezpieczenia
51 Usunięcie ucha zewnętrznego	20
52 Operacje plastyczne ucha zewnętrznego	20
53 Inne operacje ucha zewnętrznego	10
54 Inne operacje zewnętrznego kanału słuchowego	10
55 Inne operacje wyrostka sutkowatego	20
Operacje ucha środkowego i wewnętrznego	% sumy ubezpieczenia
56 Operacja naprawcza błony bębenkowej	20
57 Rekonstrukcja łańcucha kosteczkowego	30
58 Inne operacje kosteczek ucha	30
59 Operacje kanału Eustachiusza	30
60 Operacje ślimaka	30
61 Operacje układu przedsionkowego	30
Operacje nosa i zatok nosowych	% sumy ubezpieczenia
Operacje nosa	% sumy ubezpieczenia
62 Wycięcie nosa	30
63 Inne operacje nosa wewnętrznego	10
64 Operacje nosa zewnętrznego	10
65 Inne operacje nosa	10
Operacje zatok	% sumy ubezpieczenia
66 Operacje zatok szczękowych	20
67 Operacje zatok czołowych	30
68 Operacje zatok klinowych	30
Operacje gardła, krtani i tchawicy	% sumy ubezpieczenia
Operacje gardła	% sumy ubezpieczenia
69 Operacja naprawcza gardła	60
70 Inne operacje gardła	50

Operacje krtani		% sumy ubezpieczenia
71	Wycięcie krtani	60
72	Rekonstrukcja krtani	70
73	Inne operacje krtani	30
Operacje tchawicy		% sumy ubezpieczenia
74	Częściowe wycięcie tchawicy	30
75	Operacje plastyczne tchawicy	60
76	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	60
77	Wyłonienie tchawicy	30
78	Inne operacje tchawicy metodą otwartą	30
Operacje płuc i oskrzeli		% sumy ubezpieczenia
79	Operacje oskrzeli	10
80	Usunięcie całego płuca	80
81	Inne operacje płuca metodą otwartą	70
82	Operacje śródpiersia metodą otwartą	50
Operacje ust i twarzy		
Operacje warg i języka		% sumy ubezpieczenia
83	Operacje warg	10
84	Operacje języka	10
85	Operacje podniebienia, jamy ustnej	%
86	Operacja naprawcza podniebienia	30
87	Inne operacje podniebienia	20
88	Operacje jamy ustnej	20
Operacje przewodu pokarmowego		
Operacje przełyku i żołądka		% sumy ubezpieczenia
89	Operacja naprawcza przełyku	60
90	Inne operacje przełyku metodą otwartą	60
91	Operacje naprawcze żołądka przeprowadzane metodą otwartą	30
Operacje dwunastnicy, jelita czczego oraz jelita krętego		% sumy ubezpieczenia
92	Operacje dwunastnicy	40
93	Operacje jelita czczego metodą otwartą	20
94	Wycięcie jelita krętego	70
95	Zespolenia jelita krętego	30
96	Wytworzenie przetoki jelita krętego	20
97	Inne operacje jelita krętego przeprowadzane metodą otwartą	20
Operacje okrężnicy i odbytnicy		% sumy ubezpieczenia
98	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	70
99	Całkowite wycięcie okrężnicy	60
100	Wycięcie wstępnicy	60
101	Wycięcie poprzecznicy	50
102	Wycięcie zstępnicy	50
103	Wycięcie esicy	50
104	Zespolenie omijające okrężnicy	30
105	Wyłonienie kątnicy	20
106	Laparoskopowe operacje okrężnicy	10
107	Operacje okrężnicy metodą otwartą	20
Operacje odbytu		% sumy ubezpieczenia
108	Operacja naprawcza odbytu	20

Operacje wątroby, przewodów żółciowych i trzustki		
Operacje wątroby		% sumy ubezpieczenia
109	Operacja naprawcza wątroby	60
110	Inne operacje wątroby metodą otwartą	40
Operacje przewodów żółciowych		% sumy ubezpieczenia
111	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	40
Operacje trzustki		% sumy ubezpieczenia
112	Całkowite wycięcie trzustki	80
113	Wycięcie głowy trzustki	70
114	Inne częściowe wycięcie trzustki	60
115	Inne operacje trzustki metodą otwartą	40
Operacje śledziony		% sumy ubezpieczenia
116	Operacje śledziony	50
Operacje serca		
Operacje serca i osierdzia		% sumy ubezpieczenia
117	Operacje na otwartym sercu	70
118	Wycięcie osierdzia	50
119	Drenaż osierdzia	40
120	Nacięcie osierdzia	40
Operacje naczyń krwionośnych		
Operacje aorty		% sumy ubezpieczenia
121	Zespolenie omijające aorty	80
122	Operacje aorty metodą otwartą	90
123	Przezkórne operacje aorty	80
Operacje tętnicy szyjnej i podobojczykowej		% sumy ubezpieczenia
124	Operacje tętnicy szyjnej metodą otwartą	80
125	Przezkórne zabiegi na tętnicy szyjnej	30
126	Chirurgiczne operacje tętnicy mózgowej	60
127	Przezkórne operacje tętnicy mózgowej	60
128	Chirurgiczne operacje tętnicy podobojczykowej	70
129	Przezkórne operacje tętnicy podobojczykowej	70
130	Chirurgiczne operacje tętnicy nerkowej	70
131	Przezkórne operacje tętnicy nerkowej	70
132	Operacje pozostałych odgałęzień trzewnych aorty brzusznej	70
133	Przezkórne operacje odgałęzień trzewnych aorty brzusznej	70
134	Zespolenie omijające tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	80
135	Operacje tętnicy biodrowej metodą otwartą	60
136	Inne chirurgiczne operacje tętnicy udowej	50
137	Przezkórne operacje tętnicy udowej	50
138	Operacje chirurgiczne innych tętnic	40
Operacyjne wprowadzenie sztucznej przetoki do układu żylnotętniczego		% sumy ubezpieczenia
139	Operacja wytworzenia sztucznej przetoki tętniczo-żylniej	20
140	Inne operacje tętniczo-żylnie	30
141	Operacje żyły głównej lub jej gałęzi	60
142	Inne żyłne zespolenia omijające	50
143	Operacja naprawcza zastawki żylniej	40
144	Usunięcie zakrzepu z żyły metodą otwartą	30
145	Inne operacje żył metodą otwartą	20

Operacje układu moczowego

Operacje nerek		% sumy ubezpieczenia
146	Całkowite wycięcie nerki	60
147	Częściowe wycięcie nerki	60
148	Operacja naprawcza nerki metodą otwartą	70
149	Nacięcie nerki	30
150	Inne operacje nerki metodą otwartą	30
Operacje moczowodu		% sumy ubezpieczenia
151	Zespoleńie moczowodu	40
152	Operacja naprawcza moczowodu	40
153	Inne operacje moczowodu metodą otwartą	30
Operacje pęcherza moczowego		% sumy ubezpieczenia
154	Operacje naprawcze pęcherza moczowego	40
155	Drenaż pęcherza moczowego metodą otwartą	10
156	Inne operacje pęcherza moczowego metodą otwartą	20
Operacje cewki moczowej		% sumy ubezpieczenia
157	Operacje cewki moczowej metodą otwartą (za wyjątkiem operacji ujścia cewki moczowej)	40
158	Operacje ujścia cewki moczowej	10
Operacje męskich narządów płciowych		
Operacje moszny, jąder i krocza		% sumy ubezpieczenia
159	Operacje moszny	20
160	Protezowanie jąder	20
161	Inne operacje jąder	20
162	Operacje męskiego krocza	20
Operacje penisa		% sumy ubezpieczenia
163	Amputacja penisa	30
164	Plastyka penisa	30
165	Protezowanie penisa	30
166	Inne operacje penisa	20
167	Inne operacje męskich narządów płciowych	20
Operacje kobiecych narządów płciowych		
Operacje sromu i krocza		% sumy ubezpieczenia
168	Operacje lechtaczki	20
169	Operacja naprawcza sromu	60
170	Inne operacje sromu	50
171	Inne operacje kobiecego krocza	40
Operacje pochwy		% sumy ubezpieczenia
172	Operacje przedstonka pochwy	20
173	Plastyka pochwy	30
174	Inne operacje naprawcze pochwy	30
175	Inne operacje pochwy	10
Operacje szyjki macicy oraz macicy		% sumy ubezpieczenia
176	Operacje w obrębie zatoki Douglasa	10
177	Inne operacje macicy metodą otwartą	30
178	Inne operacje macicy	10
Operacje przydatków macicy oraz jajowodów		% sumy ubezpieczenia
179	Obustronne wycięcie przydatków macicy	40

180	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	30
181	Inne wycięcie przydatków macicy	30
Operacje skóry i tkanek podskórnych		
Wycięcie lub biopsja skóry		% sumy ubezpieczenia
182	Plastyczne wycięcie skóry głowy lub szyi	10
183	Plastyczne wycięcie skóry na brzuchu	10
184	Plastyczne usunięcie skóry z innej części ciała	10
Przeszczypty skóry i płatów skórno-mięśniowych		% sumy ubezpieczenia
185	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	10
186	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	10
187	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	10
188	Inny odległy przeszczep płata skóry	10
189	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	10
190	Przeszczep skóry w celu uwolnienia przykurczu	20
191	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	20
192	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	20
193	Miejscowy przeszczep uszypułowanego płata skóry	20
194	Miejscowy przeszczep płata skóry	20
195	Inne operacyjne przeszczepy skóry głowy lub szyi	10
196	Inne operacyjne przeszczepy skóry z innych części ciała	10
197	Przeszczep skóry owłosionej do skóry głowy	10
198	Przeszczep włosów do innego miejsca	10
199	Przeszczep własnej skóry	10
200	Inny przeszczep skóry	10
201	Przeszczep tkanki do skóry	10
Operacje ściany klatki piersiowej, opłucnej i przepony		% sumy ubezpieczenia
202	Częściowe usunięcie ściany klatki piersiowej	40
203	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	40
204	Otwarcie klatki piersiowej	30
205	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	30
206	Drenaż jam opłucnej metodą otwartą	20
207	Inne operacje opłucnej metodą otwartą	30
208	Inne operacje opłucnej	30
209	Operacje naprawcze przepony	60
210	Inne operacje przepony	50
Operacje przepukliny i inne operacje śródbrzusza		
Operacje przepukliny		% sumy ubezpieczenia
211	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	10
212	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	10
213	Plastyka nawracającej przepukliny pachwinowej	20
214	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	20
215	Plastyka nawracającej przepukliny udowej	20
216	Pierwotna plastyka przepukliny w bliżnie pooperacyjnej	10
217	Plastyka nawracającej przepukliny	20
218	Plastyka innej przepukliny śródbrzuszej	20
Operacje śródbrzusza, krezki oraz otrzewnej		% sumy ubezpieczenia
219	Operacje naprawcze ściany brzucha	10
220	Operacje pępka	10
221	Otwarcie jamy brzusznej	10
222	Inne operacje przedniej ściany brzucha	10

223	Drenaż otrzewnej metodą otwartą	10
224	Operacje sieci	10
225	Operacje krezki jelita cienkiego	20
226	Operacje krezki okrężnicy	20
227	Operacje otrzewnej tylnej	30
228	Inne operacje otrzewnej metodą otwartą	30
Operacje powięzi brzucha		% sumy ubezpieczenia
229	Operacje powięzi brzucha	10
Operacje mięśni, ścięgien i torebek stawowych		% sumy ubezpieczenia
230	Wycięcie zwoju nerwowego	10
231	Rozdzielenie powięzi	10
232	Operacje kaletki	10
233	Operacje ścięgien	10
234	Przeszczep mięśnia	20
235	Wycięcie mięśnia	20
236	Operacja naprawcza mięśnia	20
237	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20
238	Inne operacje mięśni	10
Operacje twarzy i kości twarzy		% sumy ubezpieczenia
239	Operacje dotyczące tkanki miękkiej	10
240	Plastyka czaszki	20
241	Otwarcie czaszki	30
242	Inne operacje czaszki	30
243	Wycięcie kości z twarzy	30
244	Nastawienie złamania szczęki	20
245	Nastawienie złamania innej kości twarzy	20
246	Rozdzielenie kości twarzoczaszki	10
247	Stabilizacja kości twarzoczaszki	20
248	Inne operacje kości twarzoczaszki	20
249	Wycięcie żuchwy	40
250	Nastawienie złamania żuchwy	20
251	Rozdzielenie żuchwy	10
252	Stabilizacja żuchwy	10
253	Inne operacje żuchwy	10
Operacje rdzenia kręgowego i krążków międzykręgowych		% sumy ubezpieczenia
254	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłupa szyjnego	30
255	Rewizja operacji odbarczającej kręgosłupa szyjny	40
256	Operacja odbarczająca kręgosłupa piersiowego	30
257	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	30
258	Rewizja operacji odbarczającej kręgosłupa lędźwiowego	40
259	Operacja odbarczająca dowolnego odcinka kręgosłupa	30
260	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	40
261	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	50
262	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	30
263	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	40
264	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	30
265	Rewizja operacji wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	40
266	Wycięcie dowolnego krążka międzykręgowego	40
267	Pierwotne połączenie stawu kręgosłupa szyjnego	40

268	Pierwotne połączenie stawu innego odcinka kręgosłupa	40
269	Korekcja po połączeniu stawu kręgosłupa	50
270	Odbarczenie złamania kręgosłupa	30
271	Inne nastawienie złamania kręgosłupa	30
272	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	40
273	Odnierwienie stawu kręgosłupowo-żebrowego	20
274	Inne operacje krążka międzykręgowego	30
275	Inne operacje kręgosłupa	30

Chirurgia urazowa i ortopedia

		% sumy ubezpieczenia
Rekonstrukcja kości		
276	Złożona rekonstrukcja kciuka	40
277	Inny złożony zabieg rekonstrukcji kości ręki	40
278	Złożona rekonstrukcja przodostopia	30
279	Złożona rekonstrukcja tylostopia	30
280	Zastąpienie kości protezą	30
281	Całkowite wycięcie kości	20
282	Usunięcie ektopowej tkanki kostnej	10
283	Inne wycięcie kości	10
284	Usunięcie zmiany w kości	10
285	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	20
286	Inne chirurgiczne złamanie kości	20
287	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	20
288	Inne okołostawowe rozdzielenie kości	20
289	Rozdzielenie trzonu kości	10
290	Inne rozdzielenie kości	10
291	Inna rekonstrukcja kości	10

		% sumy ubezpieczenia
Nastawienie i ufixowanie złamania kości		
292	Pierwotne nastawienie złamania kości metodą otwartą i unieruchomienie wewnątrzrdzeniowe (ze stabilizacją wewnętrzną)	10
293	Pierwotne nastawienie złamania kości metodą otwartą i unieruchomienie zewnątrzrdzeniowe (ze stabilizacją zewnętrzną)	10
294	Pierwotne nastawienie wewnątrzstawowego złamania kości metodą otwartą	10
295	Inne pierwotne nastawienie wewnątrzstawowego złamania kości	10
296	Wtórne nastawienie złamania kości metodą otwartą	10
297	Unieruchomienie zapalenia nasady kości	10
298	Inne wewnętrzne unieruchomienie kości	10
299	Wyciąg szkieletowy kości	10
300	Inne zewnętrzna stabilizacja kości	10
301	Inny przeszczep kości	10
302	Inne operacje kości metodą otwartą	20
303	Przeszczep szpiku kostnego	20

		% sumy ubezpieczenia
Protezowanie kości i stawów		
304	Całkowita protezoplastyka biodra z użyciem cementu	40
305	Całkowita protezoplastyka biodra bez użycia cementu	50
306	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka biodra	40
307	Całkowita protezoplastyka kolana z użyciem cementu	40
308	Całkowita protezoplastyka kolana bez użycia cementu	50
309	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka kolana	40
310	Całkowita protezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	40

311	Całkowita protezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	50
312	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka	40
313	Całkowita protezoplastyka głowy kości udowej z użyciem cementu	30
314	Całkowita protezoplastyka głowy kości udowej bez użycia cementu	40
315	Innego rodzaju całkowita protezoplastyka głowy kości udowej	30
316	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	30
317	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	30
318	Innego rodzaju protezowanie głowy kości ramiennej	30
319	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	30
320	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	40
321	Innego rodzaju protezowanie stawów innej kości	30
322	Protezowanie stawu z przemieszczeniem	30
323	Innego rodzaju odtworzenie stawu z przemieszczeniem	30
324	Wycięcie zrekonstruowanego stawu	30
325	Inna rekonstrukcja stawu	30

Zespoleń stawów i nastawienie zwichnięć

Zespoleń stawu w stopie		% sumy ubezpieczenia
326	Zespoleń innego stawu i pozastawowy przeszczep kości	20
327	Zespoleń innego stawu i innego rodzaju przeszczep kości	20
328	Innego rodzaju pierwotne zespoleń innego stawu	10
329	Korekcja po zespoleń innego stawu	20
330	Pierwotne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu metodą otwartą	20
331	Pierwotne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu metodą zamkniętą	10
332	Wtórne nastawienie pourazowo zwichniętego stawu	20

Operacje struktur stawowych		% sumy ubezpieczenia
333	Operacje błony maziowej stawu wykonywane metodą otwartą	10
334	Operacje chrząstki półksiężycowatej wykonywane metodą otwartą	10
335	Inne operacje struktur wewnątrzstawowych wykonywane metodą otwartą	20
336	Protezowanie więzadła	20
337	Wzmocnienie więzadła za pomocą protezy	20
338	Innego typu rekonstrukcja więzadła	10
339	Inne operacje naprawcze więzadła wykonywane metodą otwartą	10
340	Inne operacje więzadła	10
341	Stabilizujące operacje stawów	10
342	Uwolnienie przykurczu stawu	10
343	Operacje tkanek miękkich stawu skokowego	10
344	Inne operacje stawów	10
345	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	10
346	Terapeutyczna endoskopia innej chrząstki stawowej	20
347	Terapeutyczna endoskopia innej struktury stawowej	20
348	Terapeutyczna endoskopia jam stawu kolanowego	20
349	Terapeutyczna endoskopia jam innego stawu	20
350	Inne operacje stawów	10

Replantacja i amputacja kończyn

		% sumy ubezpieczenia
351	Replantacja protezy górnej kończyny	70
352	Replantacja protezy dolnej kończyny	80
353	Wszechczepienie protezy kończyny	50
354	Amputacja ramienia	40
355	Amputacja dłoni	40
356	Amputacja nogi	50
357	Amputacja stopy	40
358	Amputacja palca u stopy	10
359	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	10

Inne operacje

360	Amputacja brzuszno-miedniczna	100
-----	-------------------------------	-----

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

R. Bobrycki

Robert Bobrycki

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA

Tomasz Kostrzycki

Tomasz Kostrzycki

HDI-Gerling Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA
Al. Jerozolimskie 133 A
02-304 Warszawa

infolinia: 0 800 HDI HDI
(0 801 434 434)
www.hdi-gerling.pl