

Załącznik nr 4 – Opis przedmiotu zamówienia - Umowa Generalna Ubezpieczenia

Umowa Generalna Ubezpieczenia
grupowego na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o.
w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- 1.1. Umowa Generalna Ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. nazywana będzie w niniejszej Umowie - Umową Generalną Ubezpieczenia.
- 1.2. Umowa Generalna Ubezpieczenia po rozstrzygnięciu postępowania przetargowego stanowić będzie załącznik do umowy w sprawie wykonania zamówienia publicznego.
- 1.3. Ubezpieczyciel: *(wykonawca, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą)*
- 1.4. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie Generalnej Ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia wskazane w ofercie złożonej w postępowaniu publicznym na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. oraz odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- 1.5. Wszelkie postanowienia zawarte w Umowie Generalnej Ubezpieczenia będą miały pierwszeństwo przed postanowieniami właściwych ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zapisów pkt 1.7. Zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia wyłączające lub ograniczające zakres opisany w niniejszej Umowie Generalnej Ubezpieczenia nie mają zastosowania.
- 1.6. Zakres ubezpieczenia określony w Umowie Generalnej Ubezpieczenia jest minimalnym wymaganym zakresem ubezpieczenia.
- 1.7. Jeżeli w oferowanych przez Ubezpieczyciela ogólnych warunkach ubezpieczenia znajdują się zapisy korzystniejsze dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych i nie zostaną one wyraźnie zastrzeżone przez Ubezpieczyciela przed zakończeniem postępowania o zamówienie publiczne, to zostają automatycznie włączone do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 1.8. Do Umowy mają zastosowanie przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych). Wdrożenie i zapewnienie stosowania powyższych przepisów w związku z realizacją usługi objętej zamówieniem i niniejszej Umowy, w zakresie przetwarzania danych obciąża Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel będzie zobowiązany w szczególności do zapewnienia zawarcia przez osoby zaangażowane w wykonanie Umowy Generalnej Ubezpieczenia stosownych umów lub złożenia wymaganych oświadczeń (dotyczyć to może w szczególności Ubezpieczających, Brokera, osób wyznaczonych przez Ubezpieczających do zadań dokumentacyjnych, Ubezpieczonych).

2. DEFINICJE OBOWIĄZUJĄCE W UMOWIE GENERALNEJ UBEZPIECZENIA

Na potrzeby niniejszej Umowy przez poniższe pojęcia należy rozumieć:

- 2.1. **Akty terrorystyczne** – wszelkiego rodzaju działania pojedynczych osób lub grup mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego dla osiągnięcia określonych skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych, socjalnych lub społecznych.
- 2.2. **Broker** – Pełnomocnik Ubezpieczającego, Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.
- 2.3. **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową wystawione odrębnie dla każdego Ubezpieczonego.
- 2.4. **Deklaracja ubezpieczenia** – dokument Ubezpieczyciela podpisany przez osobę wyrażającą wolę przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia, zawierający wymagane przepisami prawa oraz zgodne z wymogami zapisów niniejszej Umowy, oświadczenia woli osoby ubezpieczonej.
- 2.5. **Diagnoza** – identyfikacja choroby, zespołu chorobowego lub powypadkowego, na którą cierpi Ubezpieczony/Współubezpieczony. Diagnoza medyczna to wniosek wynikający z dokonanej przez lekarza oceny objawów subiektywnych, (odczuć pacjenta, jego osobistych doświadczeń np. ból, duszność, zmęczenie, itp.) i objawów obiektywnych (zaobserwowanych właściwości stanu pacjenta poddających się ocenie lekarskiej stanowiących podstawę do wnioskowania o czynnościach ustroju, jego narządów i tkanek zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby) oraz badań dodatkowych (badań laboratoryjnych lub badań obrazowych). Za datę postawienia diagnozy przyjmuje się datę ostatecznej identyfikacji/potwierdzenia choroby, zespołu chorobowego lub powypadkowego po zakończeniu zbierania i analizy informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego/Współubezpieczonego.
- 2.6. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy pomiędzy Piotrkowskimi Wodociągami i Kanalizacją Sp. z o.o, a Ubezpieczycielem oraz warunki tej umowy.
- 2.7. **Działania wojenne** - działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu.
- 2.8. **Karencja** – czasowe zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu określonych zdarzeń.
- 2.9. **Nieszczęśliwy wypadek** - niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub osoby Współubezpieczonej zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które jest bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia objętego ochroną w ramach niniejszej Umowy.
- 2.10. **Obrona konieczna** - przypadki opisane w Art. 25 Kodeksu karnego, Art. 423 Kodeksu cywilnego oraz Art. 15 i 16 Kodeksu wykroczeń wraz z orzeczeniami sądowymi wydanymi na ich podstawie.
- 2.11. **Poprzednia umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia grupowego na życie funkcjonująca bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 2.12. **Przyczyna zewnętrzna** – każdy czynnik zewnętrzny zdolny wywołać szkodliwe skutki taki jak m.in. narzędzie pracy, maszyna, obiekt pochodzący z zewnątrz, siły przyrody, działanie innej osoby oraz praca i czynności samego Ubezpieczonego (w tym np. niefortunny odruch, nieskoordynowane poruszanie się, upadek), a także spłot przyczyn tkwiących w organizmie człowieka i przyczyn pochodzących z zewnątrz.
- 2.13. **Rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 2.14. **Stan po użyciu alkoholu i stan nietrzeźwości**

Zgodnie z Art. 46 ust. 2. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia przyjmuje się następujące definicje:

- 2.14.1. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - 2.14.1.1. stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
 - 2.14.1.2. obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
- 2.14.2. Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - 2.14.2.1. stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
 - 2.14.2.2. obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.
- 2.15. **Samookaleczenie** - celowe działanie danej osoby przeciwko własnemu zdrowiu (umyślne uszkodzenia własnego ciała).
- 2.16. **Stan wyższej konieczności** - przypadki opisane w Art. 26 Kodeksu karnego oraz Ustawie Prawo o ruchu drogowym.
- 2.17. **Trwały nośnik** - nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. pdf wysłany na e-maila, płyta CD lub pendrive z zapisanym plikiem w postaci pdf.
- 2.18. **Uprawianie sportów o charakterze ekstremalnym** – uprawianie następujących sportów (uprawianych w trudnych warunkach, związanych z większym ryzykiem, niż w innych dyscyplinach):
BASE jumping (skoki spadochronowe z obiektów takich jak: wieżowce, mosty, maszty, urwiska górskie, itp.), Bungee Jumping, skoki spadochronowe, spacer na linie, skisurfing (akrobacje powietrzne na desce), lotniarstwo kaskaderskie, lotniarstwo, skoki i loty narciarskie, wolne skoki z samolotu, szybownictwo, windsurfing, wolne nurkowanie (free diving), pływanie długodystansowe, regaty żeglarskie (dookoła świata, oceaniczne), nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem na głębokościach większych niż 40 metrów, surfing, kajakarstwo górskie, wyścigi łodzi motorowych, żeglarstwo szybkie, wakeboarding, rajdy przeprawowe i samochodowe, wyścigi samochodów lub motocykli, speleologia, rower górski (downhill), żeglarstwo na lądzie i lodzie (bojery), narciarstwo i snowboarding ekstremalny (zjazdy poza trasami), wspinaczka wysokogórska ze specjalistycznym sprzętem, motocross.
- 2.19. **Uprawianie sportu wyczynowego** - uprawianie sportu dla potrzeb/lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa.
- 2.20. **Umowa Generalna Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta w wyniku postępowania na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.
- 2.21. **Wariant ubezpieczenia** – jeden z trzech zakresów ochrony ubezpieczeniowej różniących się wysokością świadczeń i rodzajem zdarzeń objętych ochroną.
- 2.22. **Wniosek o zawarcie ubezpieczenia** – dokument złożony Ubezpieczycielowi potwierdzający wolę przystąpienia do niniejszej Umowy.

- 2.23. **Wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia** – wykaz zawierający dane osób przystępujących do ubezpieczenia w danym miesiącu.
- 2.24. **Wypadek ubezpieczeniowy** - realizacja zdefiniowanego w niniejszej Umowie zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela.
- 3. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, WSPÓLUBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO**
- 3.1. **Ubezpieczającym** na potrzeby niniejszej Umowy są Piotrkowskie Wodociągi i Kanalizacja Sp. z o.o.
- 3.2. **Ubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to objęty ochroną ubezpieczeniową: pracownik, Współmałżonek/Partner życiowy ubezpieczonego pracownika oraz pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego pracownika.
- 3.3. **Współubezpieczony** na potrzeby niniejszej Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to Współmałżonek/Partner życiowy Ubezpieczonego, Dziecko Ubezpieczonego, Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego.
- 3.4. **Członkowie rodziny pracownika** na potrzeby niniejszej Umowy to osoby wskazane w pkt. 3.2. i 3.3.
- 3.5. **Uposażony** na potrzeby Umowy Generalnej Ubezpieczenia jest to osoba wskazana na piśmie przez ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego zgonu.
- 3.5.1. W sytuacji, gdy nie wskazano Uposażonego świadczenie otrzymuje: Małżonek, Dzieci, Rodzice, rodzeństwo lub gdy nie ma wymienionych członków rodziny – świadczenie wchodzi w skład spadku i jest należne prawnie ustanowionym spadkobiercom Ubezpieczonego.
- 3.6. Jeżeli Ubezpieczony nie zgłosi roszczeń o wypłatę należnych mu świadczeń za swego życia, prawo to przechodzi na prawnych spadkobierców, którzy po zgonie Ubezpieczonego mogą zgłosić wnioski do Ubezpieczyciela o wypłatę należnych Ubezpieczonemu świadczeń. Czynności powyższe mogą być dokonane w okresie 3 lat od daty zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Spadkobiercy muszą przedstawić stosowne dokumenty przyznające im prawa spadkowe po zmarłym Ubezpieczonym.
- 4. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU I ZAKRESU UBEZPIECZENIA**
- 4.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych.
- 4.2. Przez zakres ubezpieczenia na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się co najmniej przewidziany w Umowie Generalnej Ubezpieczenia katalog zdarzeń.
- 4.3. Umowa Generalna Ubezpieczenia przewiduje co najmniej następujący katalog zdarzeń ubezpieczeniowych:
- 4.3.1. zdarzenia związane z życiem Ubezpieczonego:
- 4.3.1.1. zgon Ubezpieczonego;
- 4.3.1.2. zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 4.3.1.3. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
- 4.3.1.4. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
- 4.3.1.5. zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie wykonywania czynności zawodowych;
- 4.3.1.6. zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu;
- 4.3.1.7. osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego;

- 4.3.2. zdarzenia związane z życiem i zdrowiem Współubezpieczonych:
 - 4.3.2.1. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego;
 - 4.3.2.2. zgon Dziecka;
 - 4.3.2.3. zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/Partnera życiowego;
 - 4.3.2.4. zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.3.2.5. urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu;
 - 4.3.2.6. urodzenie martwego Dziecka;
- 4.3.3. zdarzenia związane ze zdrowiem Ubezpieczonego:
 - 4.3.3.1. trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4.3.3.2. trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca/udar mózgu;
 - 4.3.3.3. dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.4. rekonwalescencja poszpitalna - dzienne świadczenie;
 - 4.3.3.5. leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.6. poważne zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.7. zachorowanie Ubezpieczonego na nowotwór IN-SITU;
 - 4.3.3.8. niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
 - 4.3.3.9. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - 4.3.3.10. operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – zakres dodatkowy;
 - 4.3.3.11. karta apteczna;

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

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

- 5.1. Okres realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia ustala się na 24 miesiące od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.
- 5.2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia oraz są wskazani na liście osób przystępujących przed datą początkową, rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy Generalnej Ubezpieczenia po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczyna się od pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego po złożeniu deklaracji pod warunkiem przekazania składki za te osoby w określonych terminach jej płatności.
- 5.4. Umowa Generalna Ubezpieczenia wygasa po upływie 24 miesięcy i zostaje automatycznie rozwiązana bez konieczności składania przez strony wypowiedzenia.
- 5.5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Umowy Generalnej Ubezpieczenia w odniesieniu do ubezpieczonego pracownika oraz zgłoszonych przez niego Ubezpieczonych ustaje:
 - 5.5.1. z ostatnim dniem obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia;
 - 5.5.2. z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny pracownika z ubezpieczającym;
 - 5.5.3. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył stosowne oświadczenie o swojej rezygnacji z uczestnictwa w Umowie Generalnej

Ubezpieczenia lub o wyłączeniu z ubezpieczenia zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych;

- 5.5.4. z dniem zgonu Ubezpieczonego.
- 5.6. Ochrona może zostać przedłużona o 1 miesiąc w przypadku gdy pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym rozwiązany został stosunek prawny oraz dokonano opłaty „z góry” dodatkowej składki miesięcznej w ostatnim miesiącu zatrudnienia, za miesiąc następny (dotyczy składki za pracownika i ubezpieczonych Członków jego rodziny – Małżonka/Partnera życiowego lub pełnoletniego Dziecka).
- 5.7. Z zastrzeżeniem zapisów odmiennych zawartych w poszczególnych postanowieniach Rozdziału II Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w tym również postanowień dotyczących okresu karencji) Ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność za wszystkie zdarzenia objęte niniejszą Umową, które będą miały miejsce w okresie odpowiedzialności.
- 5.8. Ubezpieczyciel przyjmie również odpowiedzialność:
- 5.8.1. za skutki chorób i wypadków, które powstały lub zaszły przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela, a zgodnie z datą wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony nabywa prawa do tego świadczenia;
- 5.8.2. w przypadku postawienia diagnozy w okresie trwania niniejszej Umowy w oparciu o rozpoczęty proces diagnozy, badania zlecone lub/i przeprowadzone przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W tej sytuacji Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie otrzymał wypłaty świadczenia z Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 5.9. Uregulowanie z pkt 5.8. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
- 5.9.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
- 5.9.2. przyczyna zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (choroba/wypadek) miała miejsce w okresie obejmowania ochroną danego ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia,
- 5.9.3. ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia obejmowała dane zdarzenie ubezpieczeniowe,
- 5.9.4. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.

Wszelkie zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności za zdarzenia będące wynikiem zakażenia COVID19 nie będą miały zastosowania.

6. ZAKRES TERYTORIALNY

- 6.1. W odniesieniu do zdarzeń dotyczących życia i zdrowia ubezpieczonego i współubezpieczonego, ubezpieczyciel odpowiada za zdarzenia bez względu na miejsce zdarzenia - zakres terytorialny obejmuje następstwa zdarzeń na całym świecie z wyłączeniem ryzyka leczenia szpitalnego i operacji chirurgicznych Ubezpieczonego – zakres terytorialny obejmuje teren RP oraz wskazany przez Ubezpieczyciela w ogólnych warunkach ubezpieczenia katalog państw.

7. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SUMY UBEZPIECZENIA

- 7.1. Suma ubezpieczenia dla każdego z trzech wariantów ubezpieczenia i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego jest podstawą do określenia wysokości świadczenia dla danego zdarzenia.
 - 7.2. Suma ubezpieczenia w danym wariancie i dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczy odrębnie każdego Ubezpieczonego.
- 8. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DEFINICJI PRACOWNIKA I WSPÓŁUBEZPIECZONYCH CZŁONKÓW RODZINY**
- 8.1. Za **pracownika** Ubezpieczającego uważa się osobę fizyczną zatrudnioną przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub na podstawie umowy cywilno-prawnej.
 - 8.2. **Współmałżonek** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
 - 8.3. **Partner życiowy** na potrzeby niniejszej Umowy jest to osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z pracownikiem w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia, wskazana przez ubezpieczonego w formie określonej przez ubezpieczyciela. Pracownik ani partner życiowy nie mogą być w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
 - 8.3.1. Pracownik ma prawo wskazać Partnera życiowego w każdym czasie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 8.3.3.
 - 8.3.2. Pracownik może złożyć oświadczenie, że wskazana wcześniej osoba nie jest już jego Partnerem życiowym, co skutkuje wobec tej osoby brakiem ochrony ubezpieczeniowej od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu oświadczenia.
 - 8.3.3. Pracownik może wskazać nowego Partnera życiowego jako Współubezpieczonego i/lub Ubezpieczonego. Wskazanie nowego Partnera życiowego może nastąpić nie częściej niż co 12 miesięcy od daty wskazania poprzedniego Partnera życiowego. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowego Partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania. Partnera życiowego obowiązują okresy karencji zgodnie z Rozdziałem I, pkt 14 niniejszej Umowy.
 - 8.4. Wskazany w deklaracji przystąpienia pracownika jego Partner życiowy jest uznany za Współubezpieczonego. Pracownikowi będzie przysługiwała w odniesieniu do zdarzeń dotyczących Partnera życiowego, wypłata świadczeń z tytułu: zgonu Partnera, zgonu Partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców Partnera.
 - 8.4.1. Przystąpienie Partnera życiowego do Umowy Generalnej Ubezpieczenia i wskazanie przez niego pracownika jako Partnera w deklaracji przystąpienia, skutkuje prawem do nabycia świadczeń opisanych w pkt 8.4. w odniesieniu do pracownika, jako swojego Współubezpieczonego.
 - 8.5. **Dziecko Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się:
 - 8.5.1. jako Współubezpieczony dla zdarzenia osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, zdarzenia zgonu Dziecka - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub częściowo) lub pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zdarzenia nie ukończyło 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez prawomocny organ;
 - 8.5.2. jako Ubezpieczony - dziecko własne, przysposobione (w pełni lub

częściowo) lub pasierba Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu przystępowania do Umowy Generalnej Ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia.

8.6. **Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka, Rodzic Partnera życiowego Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy jest to matka lub ojciec Ubezpieczonego i matka lub ojciec Współmałżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Za Rodzica uznaje się również osobę będącą:

8.6.1. żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński (macocha);

8.6.2. mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński (ojczym).

Definicje powyższe stosuje się odpowiednio w odniesieniu do Rodzica Małżonka/Partnera życiowego.

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

9.1. Umowa Generalna Ubezpieczenia jest umową zawartą w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej dla pracowników i członków ich rodzin.

9.2. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem do niniejszej Umowy, ogólne warunki ubezpieczenia oraz szczególne warunki ubezpieczenia. Powyższe dokumenty Ubezpieczyciel przekazuje na piśmie lub, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku (np. plik PDF wysłany na adres e-mail, płyta CD).

9.3. Ubezpieczony składa deklarację przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

9.4. Ubezpieczony składa do Ubezpieczającego zgodę na potrącenie jednostkowej składki miesięcznej z wynagrodzenia netto za ubezpieczenie swoje i zgłoszonych przez siebie Ubezpieczonych.

9.5. Ubezpieczyciel akceptuje termin składania deklaracji przez nowo przystępujące osoby do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.

9.6. W pierwszym miesiącu trwania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego, deklaracje osób przystępujących do ubezpieczenia zostaną doręczone do Ubezpieczyciela najpóźniej do 60 dnia miesiąca, w którym Ubezpieczający przystąpił do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

9.7. W kolejnych miesiącach trwania niniejszej Umowy deklaracje złożone przez nowo przystępujące osoby będą doręczone do Ubezpieczyciela do 30 dnia miesiąca, od którego rozpoczęła się w stosunku do nich ochrona ubezpieczeniowa.

9.8. Jeżeli Ubezpieczyciel będzie wymagał, Ubezpieczający może dodatkowo przekazywać Ubezpieczycielowi wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia, zawierający co najmniej: imię, nazwisko, nr pesel, wariant ubezpieczenia lub dane osób ubezpieczonych będą rejestrowane w systemie elektronicznej obsługi ubezpieczenia.

9.9. Ubezpieczający będzie sporządzał wykaz o którym mowa w pkt 9.8. na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego początek ochrony ubezpieczeniowej.

9.10. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową każdą osobę, która zaakceptuje warunki ubezpieczenia i spełnia w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia wymogi definicji Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel

przyjmie do ubezpieczenia osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym lub bezpłatnym.

- 9.11. Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia (w pełnym zakresie przysługującym w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia) mogą przystąpić osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 70 roku życia w chwili przystąpienia do niniejszej Umowy, chyba że osoby, które ukończyły 70 rok życia pracują i były objęte dotychczas funkcjonującą u ubezpieczającego umową grupowego ubezpieczenia na życie.
- 9.12. Ubezpieczyciel przyjmie również do ubezpieczenia osobę przebywającą:
- 9.12.1. w szpitalu;
 - 9.12.2. na zwolnieniu lekarskim;
 - 9.12.3. na świadczeniu rehabilitacyjnym;
 - 9.12.4. oraz z orzeczoną niezdolnością do pracy.

Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie do ubezpieczenia w/w osób od tego, czy były objęte dotychczas Poprzednią umową ubezpieczenia.

- 9.13. Uregulowanie z pkt 9.12. dotyczy osób spełniających łącznie następujące warunki:
- 9.13.1. były one objęte Poprzednią umową ubezpieczenia,
 - 9.13.2. zachowana jest ciągłość opłacania składek ubezpieczeniowych (potwierdzoną przez Ubezpieczającego na wniosek Ubezpieczyciela) tzn. nie nastąpiła przerwa w opłacie składki pomiędzy Poprzednią umową ubezpieczenia, a Umową Generalną Ubezpieczenia.

- 9.14. Ubezpieczyciel ma prawo żądać złożenia oświadczenia o stanie zdrowia (dotyczącego np. przebywania na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, orzeczonej niezdolności do pracy) na deklaracji ubezpieczenia wyłącznie od:

- 9.14.1. nie objętych Poprzednią umową ubezpieczenia członków rodzin przystępujących do programu w pierwszych trzech miesiącach jego wdrożenia u Ubezpieczającego,
- 9.14.2. pracowników i członków rodzin przystępujących do programu po trzecim miesiącu od daty nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia,

Ubezpieczyciel na podstawie złożonego oświadczenia przez osoby, o których mowa w pkt 9.14.1 i pkt 9.14.2 podejmuje decyzję o objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy.

- 9.15. W odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych, Ubezpieczyciel nie będzie wymagał underwrittingu medycznego, ani wypełniania przez osoby przystępujące do ubezpieczenia ankiet medycznych, ani w inny sposób nie będzie zadawał pytań odnośnie stanu ich zdrowia.
- 9.16. Ubezpieczony może w każdym czasie trwania niniejszej Umowy złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie woli o wystąpieniu z ubezpieczenia, ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym nastąpiło złożenie oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia.
- 9.17. Liczba osób Ubezpieczonych (oraz liczebność w poszczególnych wariantach) będzie mogła ulec zmianie na skutek:
- 9.17.1. przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia osób (Pracowników, Współmałżonków/ Partnerów życiowych oraz Pełnoletnich Dzieci), które złożyły deklarację przystąpienia w trakcie jej obowiązywania;
 - 9.17.2. rezygnacji/wystąpienia z ubezpieczenia osób ubezpieczonych;
 - 9.17.3. zmiany wyboru przystąpienia przez Ubezpieczonych do innego wariantu ubezpieczenia objętego niniejszą Umową;
 - 9.17.4. zgonów osób ubezpieczonych;
 - 9.17.5. zakończenia stosunku pracy Ubezpieczonych z Ubezpieczającym.

10. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

- 10.1. Wysokość jednostkowej składki miesięcznej dla każdego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynika z oferty złożonej przez Ubezpieczyciela w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na grupowe ubezpieczenie na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o.
- 10.2. Miesięczna wysokość jednostkowej składki dla każdego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej wynosi: *(do uzupełnienia po rozstrzygnięciu postępowania)*
 - 10.2.1. Wariant I zł
 - 10.2.2. Wariant II zł
 - 10.2.3. Wariant III..... zł
- 10.3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Generalnej Ubezpieczenia będzie płatna w ratach miesięcznych.
- 10.4. Jednostkowa składka miesięczna płatna jest przez Ubezpieczonego z góry za każdy miesiąc udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 10.5. Pracownik przystępujący do ubezpieczenia wyrazi zgodę na comiesięczne opłacanie jednostkowej składki miesięcznej poprzez potrącanie należnej kwoty z jego wynagrodzenia netto przez Ubezpieczającego, zarówno z tytułu własnego uczestnictwa w ubezpieczeniu oraz z tytułu uczestnictwa w ubezpieczeniu Małżonka/Partnera życiowego oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpili do ubezpieczenia.
- 10.6. Wysokość miesięcznej raty składki należnej Ubezpieczycielowi, przekazywanej przez Ubezpieczającego jest iloczynem liczby osób Ubezpieczonych i wysokości jednostkowej składki miesięcznej określonej dla jednego Ubezpieczonego w ramach każdego z wariantów ubezpieczenia w danym miesiącu.
- 10.7. Każdy Ubezpieczający rozlicza się odrębnie w odniesieniu do liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia z danej jednostki.
- 10.8. Ubezpieczyciel wskaże numery rachunków bankowych dla każdego wariantu Umowy Generalnej Ubezpieczenia, na które każdy z Ubezpieczających dokonuje miesięcznych wpłat rat składki. Wpłata dokonywana jest przelewem zawierającym w tytule nr polisy potwierdzającej zawarcie ubezpieczenia, której wpłata dotyczy.
- 10.9. Ubezpieczający dokona przelewu raty do 15 dnia miesiąca za który jest należna. Za datę realizacji płatności raty składki uważa się datę wpływu środków na rachunki bankowe wskazane przez Ubezpieczyciela.
- 10.10. Nieopłacenie w terminie raty składki przez Ubezpieczającego nie oznacza wypowiedzenia Umowy Generalnej Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
 - 10.10.1. W przypadku braku wpłaty raty składki do końca miesiąca, za który jest należna, Ubezpieczyciel wzywa pisemnie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty zaległości liczony od daty otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego (stosowna informacja może być przekazana jako załącznik w elektronicznym systemie obsługi ubezpieczenia udostępnionym przez Ubezpieczyciela).
 - 10.10.2. Nieopłacenie przez Ubezpieczającego raty składki w całości lub w części do końca miesiąca, za który jest należna, nie powoduje ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a jedynie uprawnia go do wstrzymania wypłaty świadczeń. Ubezpieczyciel w wezwaniu do uzupełnienia zaległości wysłanym zgodnie z pkt 10.10.1. informuje o skutku nieprzekazania składki. Po uregulowaniu zaległej składki

Ubezpieczyciel wypłaca wstrzymane świadczenia.

- 10.11. W przypadku stwierdzenia błędu w wysokości przekazanej raty składki (nadpłata, niedopłata) oraz błędów dotyczących przekazanej dokumentacji poszczególnych Ubezpieczonych, Ubezpieczający sporządza korektę. Ubezpieczający dokonuje korekty błędu w formie uzgodnionej z Ubezpieczycielem w terminie 30 dni od daty złożenia rozliczenia wymagającego korekty.
- 10.12. Jeżeli w wyniku błędu powstała nadpłata bądź niedopłata miesięcznej raty składki, to po dokonaniu korekty rozbieżność w wymaganej wysokości miesięcznej raty składki zostanie uregulowana w terminie najbliższej płatności.
- 10.12.1. Osoby przystępujące do ubezpieczenia, za które nie została przekazana w terminie pierwsza jednostkowa składka miesięczna, nie mogą zostać włączone do niniejszej Umowy procedurą korekty błędu.

11. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE JURYSDYKCJI W SPORACH POMIĘDZY UBEZPIECZAJĄCYM A UBEZPIECZYCIELEM

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

12. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH ZAWARCIE UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA I TERMINU ICH WYSTAWIANIA

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

13. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE FORM KOMUNIKACJI I RAPORTOWANIA

- 13.1. Ubezpieczyciel wyznaczy jednostkę do technicznej obsługi Umowy Generalnej Ubezpieczenia (m. in. przyjmowania wniosków ubezpieczeniowych i wystawiania dokumentów potwierdzających ochronę ubezpieczeniową).
- 13.2. Ubezpieczyciel wyznaczy co najmniej jedną osobę do kontaktu w sprawach dotyczących Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel zawiadomi o powyższym fakcie Ubezpieczającego i Brokera w treści oferty lub odrębnym pismem (w terminie 14 dni od podpisania Umowy Generalnej Ubezpieczenia), przekazując dane teleadresowe wskazanych osób. Ubezpieczyciel każdorazowo będzie powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera o zmianach w tym zakresie.
- 13.3. Formą komunikacji w niniejszej Umowie pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonymi, Brokerem a Ubezpieczycielem jest przekazywanie dokumentów

- osobiście oraz za pośrednictwem poczty, faxu, poczty elektronicznej.
- 13.4. Do składania oświadczeń woli przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, w tym dotyczących zmian Umowy Generalnej Ubezpieczenia w zakresie przewidzianym w umowie o wykonanie, zastrzeżona jest forma pisemna pod rygorem nieważności.
 - 13.5. Każda ze stron zachowuje prawo żądania potwierdzenia odbioru przekazanych dokumentów.
 - 13.6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do przedstawienia raz na 12 miesięcy raportu z realizowanej Umowy Generalnej Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku przez Ubezpieczającego lub Brokera. Raport jest sporządzony narastająco za okres od początku trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. Raport w szczególności powinien zawierać:
 - 13.6.1. zestawienia zainkasowanej składki ubezpieczeniowej w podziale na Ubezpieczającego i na wariant ubezpieczenia,
 - 13.6.2. wysokości wypłaconych świadczeń podzieloną na kwoty cząstkowe zgodne z poszczególnymi zdarzeniami zawartymi w Umowie Generalnej Ubezpieczenia oraz liczbę wypłaconych świadczeń w każdym zdarzeniu – w podziale na Ubezpieczającego i na wariant ubezpieczenia.
- 14. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE OKRESU KARENCJI DLA UBEZPIECZONYCH PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UMOWY GENERALNEJ UBEZPIECZENIA**
- 14.1. Ubezpieczyciel akceptuje następujące uregulowania dotyczące okresów karencji:
 - 14.1.1. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **pracownika przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.1.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego, u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.1.2. zatrudnienia,
 - 14.1.2. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Małzonka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.2.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.2.2. zatrudnienia pracownika,
 - 14.1.2.3. zawarcia związku małżeńskiego.
 - 14.1.3. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Partnera życiowego** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:
 - 14.1.3.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.3.2. zatrudnienia pracownika.
 - 14.1.4. **Karencja nie obowiązuje** do żadnego ze zdarzeń w niniejszej Umowie w odniesieniu do **Pełnoletniego Dziecka** pracownika **przystępującego** do ubezpieczenia od **pierwszego, drugiego bądź trzeciego** miesiąca, w którym było to możliwe ze względu na datę:

- 14.1.4.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.4.2. zatrudnienia pracownika,
 - 14.1.4.3. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika.
 - 14.1.5. Dla **osób przystępujących** do ubezpieczenia od **czwartego miesiąca** licząc od miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę:
 - 14.1.5.1. rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczającego u którego zatrudniony jest pracownik;
 - 14.1.5.2. zatrudnienia pracownika;
 - 14.1.5.3. zawarcia związku małżeńskiego;
 - 14.1.5.4. osiągnięcia pełnoletniości przez Dziecko pracownika;obowiązują następujące okresy karencji:
 - a) maksymalnie **9 miesięcy** dla zdarzeń: Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego, Urodzenie martwego Dziecka;
 - b) maksymalnie **6 miesięcy** dla zdarzeń: Zgon Ubezpieczonego, Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/udar mózgu, Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego, Zgon Dziecka, Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgon Rodzica/Rodzica Współmałżonka Ubezpieczonego, Niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego;
 - c) maksymalnie **3 miesiące** dla zdarzeń: Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór In-SITU.
 - d) maksymalnie **1 miesiąc** dla zdarzeń: Dzielne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego, Karta apteczna.
 - 14.1.6. W przypadku wskazania przez pracownika nowego Partnera życiowego zgodnie z zapisami pkt 8.3.3., dla Partnera życiowego jako Współubezpieczonego i/lub Ubezpieczonego, obowiązują okresy karencji opisane w pkt 14.1.5.
- 14.2. Okresy karencji nie dotyczą zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 15. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA**
- 15.1. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczonego bez względu na jego wiek, który przestanie być uczestnikiem Umowy Generalnej Ubezpieczenia, a także zapewni:
- 15.1.1. dożywotnią gwarancję minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w pkt 15.10.,
 - 15.1.2. stopę składki określoną w pkt 15.11. w odniesieniu do sumy ubezpieczenia, z którą osoba ubezpieczona przystąpiła do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
- 15.2. Ubezpieczyciel zapewni prawo do indywidualnej kontynuacji osobom, które wyrażą taką wolę na czas: przebywania na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wychowawczym, bezpłatnym.
- 15.3. Ubezpieczyciel nie będzie stosował zapisów ograniczających przystępowanie osób z orzeczoną niezdolnością do pracy, osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopiach macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich, wychowawczych oraz urlopiach bezpłatnych.
- 15.4. Ubezpieczający poinformuje pracownika o możliwości indywidualnej kontynuacji

- ubezpieczenia po wystąpieniu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.5. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek za 3 miesiące poprzedzające moment wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia. Do tego okresu zalicza się Ubezpieczonemu nieprzerwany okres ubezpieczenia wynikający z Poprzedniej umowy ubezpieczenia (ciągłość ubezpieczenia).
- 15.6. Osoba, która przystępuje do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, powinna złożyć deklarację przystąpienia do Ubezpieczyciela najpóźniej przed upływem 6 miesięcy od wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.6.1. Umożliwienie kontynuowania ubezpieczenia osobom, które złożą deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji w późniejszym okresie pozostaje do indywidualnej decyzji Ubezpieczyciela.
- 15.7. Karencja w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie obowiązuje, jeżeli Ubezpieczony złoży deklarację przystąpienia do indywidualnej kontynuacji przed upływem 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 15.8. W stosunku do osób, które złożą wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od wystąpienia z Umowy Generalnej Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zastosować okresy karencji wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
- 15.9. Ubezpieczyciel nie będzie stosował ankiet medycznych warunkujących przyznanie prawa do kontynuacji ani nie będzie stosował ich przed każdą rocznicą polisy w trakcie indywidualnej kontynuacji. Ubezpieczyciel nie będzie uzależniał wysokości sumy lub wysokości składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym od stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 15.10. Minimalny zakres indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia :
- 15.10.1. Zgon Ubezpieczonego 100% SU;
- 15.10.2. Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku 200% SU;
- 15.10.3. trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku - 1% zadeklarowanej SU za 1% orzeczonego uszczerbku;
- 15.10.4. Zgon Współmałżonka 50 % SU;
- 15.10.5. Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka 20% SU;
- 15.10.6. Zgon Dziecka 20% SU;
- 15.10.7. Urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu 10% SU;
- 15.10.8. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego 40% SU.
- 15.11. Maksymalna wysokość stopy składki miesięcznej nie przekroczy 7,00 zł za każdy 1000 zł sumy ubezpieczenia.
- 16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE WARIANTÓW I ICH ZAKRESU**
- 16.1. Obowiązujące warianty ubezpieczenia znajdują się w Tabeli nr 1 w Rozdziale II.
- 16.2. Ochroną ubezpieczeniową, w dowolnie wybranym wariantcie ubezpieczenia, objęci zostaną pracownicy Ubezpieczającego oraz Małżonkowie/Partnerzy życiowi i Pełnoletnie dzieci pracowników, którzy złożą deklarację przystąpienia.
- 16.3. Małżonek/Partner życiowy pracownika oraz Pełnoletnie Dziecko pracownika Ubezpieczającego, mogą przystąpić do innego wariantu niż ubezpieczony pracownik.
- 16.4. Objętemu ochroną ubezpieczeniową pracownikowi oraz członkom jego rodziny przysługuje prawo zmiany wariantu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W przypadku zmiany wariantu obowiązują karencje pomiędzy różnicą wysokości świadczeń – zgodne z pkt. 14.1. Rozdziału I

niniejszej Umowy.

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

- 17.1. Ubezpieczyciel stwierdzi zasadność wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera życiowego, zgonu Rodziców, zgonu Rodziców Współmałżonka/Partnera życiowego, zgon Dziecka oraz urodzenia się Dziecka i wypłaci świadczenie maksymalnie w ciągu 7 dni roboczych od dnia dostarczenia pełnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 17.2. Świadczenia z tytułu innych zdarzeń niż określone w pkt 17.1. Ubezpieczyciel wypłaci w ciągu 30 dni roboczych od daty zgłoszenia roszczenia. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel realizuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych było możliwe.
- 17.3. Świadczenia zostaną wypłacone w sposób uzgodniony z osobą uprawnioną na indywidualny rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na wskazany adres lub w formie odbioru osobistego w kasie banku wskazanego przez Ubezpieczyciela.
- 17.4. Ubezpieczyciel zorganizuje komisje lekarskie oraz badania lekarskie na terenie Piotrkowa Trybunalskiego lub najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
- 17.5. Ubezpieczyciel ma prawo zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób świadczenia, Ubezpieczonym przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską.
- 17.6. Ubezpieczyciel ma obowiązek za każdym razem określić i udostępnić Ubezpieczonemu wykaz pełnej dokumentacji, niezbędnej do realizacji świadczenia.
- 17.7. W przypadku, gdy zajście wypadku powoduje powstanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z więcej niż jednego zdarzenia ujętego w Umowie Generalnej Ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich zdarzeń zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia Ubezpieczyciela.

18. LICZEBNOŚĆ GRUPY OBJĘTEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

- 18.1. Struktura pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. przedstawiona jest w Załączniku nr 4a- Dane do oceny ryzyka.
- 18.2. Ubezpieczający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy Ubezpieczającego skorzystają z możliwości przystąpienia do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 18.3. Ubezpieczający, na podstawie dotychczasowego poziomu uczestnictwa w programie ubezpieczeń grupowych, przewiduje objęcie ochroną nie mniej niż 50% struktury zatrudnionych.
- 18.4. Zmiana liczby ubezpieczonych w okresie trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia nie będzie miała wpływu na fakt obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia ani na wysokość składki za jednego Ubezpieczonego.
- 18.5. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach trzech wariantów ubezpieczenia, pod warunkiem przystąpienia 30 pracowników do każdego z wariantów.

ROZDZIAŁ II
ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

W Umowie Generalnej Ubezpieczenia obowiązują wysokości świadczeń wskazane przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.:

Lp.	Zdarzenia ubezpieczeniowe	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
1	Zgon Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł
2	Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszcześliwego wypadku	..... zł	..... zł	..... zł
3	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	..... zł	..... zł	..... zł
4	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie	..... zł	..... zł	..... zł
5	Zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w	..... zł	..... zł	..... zł
6	Zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu	..... zł	..... zł	..... zł
7	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały	..... zł	..... zł	..... zł
8	Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały	..... zł	..... zł	..... zł
9	Zgon Współmałżonka/Partnera	..... zł	..... zł	..... zł
10	Zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek	..... zł	..... zł	..... zł
11	Zgon Dziecka	..... zł	..... zł	..... zł
12	Urodzenie się Dziecka	..... zł	..... zł	..... zł
13	Urodzenie martwego Dziecka	..... zł	..... zł	..... zł
14	Osierocenie Dziecka przez	..... zł	..... zł	..... zł
15	Zgon Rodzica / Rodzica Współmałżonka/ Partnera życiowego	..... zł	..... zł	..... zł
16	Dzienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego	..... zł/dzień – pobyt	..... zł/dzień – pobyt	..... zł/dzień – pobyt
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu
		..... zł/dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – od 15 dnia pobytu spowodowanego

		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem w
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego wypadkiem
		..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego	..... zł/dzień – do 14 dnia pobytu spowodowanego
		pobyt na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień	pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień	pobyt na Anestezjologii i Intensywnej Terapii zł/dzień
		..... zł/dzień – do 30 dnia	..... zł/dzień – do 30 dnia	..... zł/dzień – do 30 dnia
17	Poważne zachorowanie	..... zł	..... zł	..... zł
18	Nowotwór IN-SITU	..... zł	..... zł	..... zł
19	Przeprowadzenie operacji	..... zł	..... zł	..... zł
20	Operacji chirurgiczne u	Zakres:	Zakres: zł	Zakres:
21	Karta Apteczna	..... zł	..... zł	..... zł
22	Niezdolność Ubezpieczonego do	..... zł	..... zł	..... zł
23	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	..... zł	..... zł	..... zł

2. W Umowie Generalnej Ubezpieczenia obowiązują klauzule rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej (warunki fakultatywne) wskazane przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o. w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r.:
(zapisy zostaną uzupełnione zgodnie ze złożoną ofertą przez Wykonawcę).

SEKCJA I. ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ŻYCIEM UBEZPIECZONEGO

1. **ZGON UBEZPIECZONEGO**
 - 1.1. Za **zgon Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego bez względu na jej przyczynę, jeżeli nastąpiła w okresie obowiązywania odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikającej z niniejszej Umowy.
 - 1.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego nie będzie pomniejszona

o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie ubezpieczenia np.: Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

1.3. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa, to Ubezpieczyciel zaliczy do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa, staż Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy funkcjonującej u ubezpieczającego;
- d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.

2. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

2.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. Za zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.

2.2. Wypłata świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie będzie pomniejszona o wcześniej wypłacone wysokości świadczeń z tytułu innych zdarzeń objętych odpowiedzialnością w niniejszej Umowie ubezpieczenia np.: Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Trwałego Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca/ udaru mózgu.

2.3. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to

wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

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

3. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

3.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny.

3.2. Za wypadek komunikacyjny uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.

3.3. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.

3.4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;

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

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

- 4.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych, a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego.
- 4.2. Za wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:**
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na

- rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
- c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - d) w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 4.3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek wypadku powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych w odniesieniu do Ubezpieczonych nie będących pracownikami Ubezpieczającego tj. Małżonków/Partnerów życiowych, Pełnoletnich dzieci, a także pracowników nie zatrudnionych na umowę o pracę.
- 4.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - e) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - g) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - h) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - i) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował – jeżeli było to bezpośrednią przyczyną wypadku;
 - j) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - k) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na

zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

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

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

- 5.1. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, którego bezpośrednią przyczyną był wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Za zgon Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego powstałego w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym wypadek komunikacyjny w trakcie wykonywania czynności zawodowych a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy tym wypadkiem, a zgonem Ubezpieczonego.
- 5.2. Za wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony, jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy (potwierdzony przez służby BHP). Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 5.3. Za wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - d) w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- 5.4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych w odniesieniu do Ubezpieczonych nie będących pracownikami Ubezpieczającego tj. Małżonków/Partnerów życiowych, Pełnoletnich dzieci, a także pracowników nie zatrudnionych na umowę o pracę.
- 5.5. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- e) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- g) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- h) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- i) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- j) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- k) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- l) pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

6. ZGON UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

- 6.1. Za **zgon Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon mający miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, który nastąpił niezależnie od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu zdefiniowany w diagnozie lekarskiej, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a zgonem Ubezpieczonego.

- 6.2. Za **zawał serca** uważa się – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego, potwierdzoną przez standardowe procedury medyczne.
- 6.3. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 6.4. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem zgon Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym zgon Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
- 6.5. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - popętnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
7. **OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO**
- 7.1. Za **osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się zgon Ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez Dziecko 25 roku życia lub bez względu na wiek Dziecka w razie jego całkowitej niezdolności do pracy, orzeczonej przez prawomocny organ.
- 7.2. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - popętnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - popętnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- 7.3. Świadczenie przysługuje każdemu z dzieci Ubezpieczonego.

1. **ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO**

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

2. **ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

- 2.1. Za zgon Współmałżonka/Partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się zgon, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a którego bezpośrednią przyczyną był nieszczęśliwy wypadek.
- 2.2. Za zgon Współubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się zgon, który nastąpił bez względu na czas, który upłynął pomiędzy zdarzeniem powodującym nieszczęśliwy wypadek a zgonem w wyniku tego zdarzenia, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem osoby Współubezpieczonej.
- 2.3. Ubezpieczyciel nie ogranicza odpowiedzialności co do ilości/wartości wypłaconych świadczeń z tytułu Zgonu Współmałżonka/Partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 2.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Współubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Współubezpieczonego, jeżeli Współubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to

wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

- e) prowadzenia pojazdu przez Współubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) zatrucia u Współubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- g) uszkodzeń ciała Współubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- h) samookaleczenia lub popełnienia przez Współubezpieczonego samobójstwa;
- i) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- j) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

3. ZGON DZIECKA

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

3.2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

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

4. ZGON RODZICA LUB RODZICA WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA ŻYCIOWEGO UBEZPIECZONEGO

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

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

4.3. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;

- b) czynnego i dobrowolnego udziału Współubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej).

5. URODZENIE SIĘ DZIECKA UBEZPIECZONEMU

- 5.1. Za **urodzenie się Dziecka Ubezpieczonego** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się urodzenie żywego Dziecka potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez urząd stanu cywilnego, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako Rodzic tego Dziecka. Za urodzenie się Dziecka uważa się także przysposobienie Dziecka w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.3. W przypadku przysposobienia Dziecka, jako datę urodzenia Dziecka uważa się datę wydania przez sąd postanowienia o przysposobieniu.

6. URODZENIE MARTWEGO DZIECKA

- 6.1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu urodzenia się martwego Dziecka Ubezpieczonego, jeżeli urodzenie to zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonego został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.
- 6.2. Kwota świadczenia należna jest za każde Dziecko martwo urodzone w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

SEKCJA II. ZDARZENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM UBEZPIECZONEGO

1. **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
- 1.1. **Za trwałe uszczerbek na zdrowiu powstały wskutek nieszczęśliwego wypadku** na potrzeby niniejszej Umowy, uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie obowiązywania Umowy Generalnej Ubezpieczenia. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
- 1.2. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy trwałe uszczerbek na zdrowiu zaistniał na skutek nieszczęśliwego wypadku powstałego bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - e) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - g) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - h) samookaleczenia lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - i) sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - j) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na

- zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- k) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 1.3. Ubezpieczyciel nie będzie brał pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 1.4. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następowała wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 1.5. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia uszczerbku i płatna jest od, co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 - 1.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
 - 1.7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwały uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
 - 1.8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO POWSTAŁY WSKUTEK ZAWAŁU SERCA/UDARU MÓZGU**
- 2.1. **Za trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwały uszczerbek, jeżeli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 - 2.2. Zawał serca lub udar mózgu powodujący uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego musi wystąpić w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z niniejszej Umowy.
 - 2.3. W stosunku do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia był ubezpieczony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, obejmującej swym zakresem trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały wskutek zawału serca lub udaru mózgu/krwotoku śródmózgowego, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność także w przypadku, gdy leczenie, objawy i inne stany chorobowe mające związek przyczynowy z zawałem serca lub udarem mózgu powodującym trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, wystąpiły w czasie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 - 2.4. Za zawał serca uważa się – udowodnioną martwicę kardiomiocytów w sytuacji klinicznej, odpowiadającą ostremu niedokrwieniu mięśnia sercowego. Zawał serca można rozpoznać w każdej z następujących sytuacji:
 - a) wzrost i/lub spadek wartości biomarkera sercowego (troponiny sercowej [cTn] lub CK-MB, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl

- górnej granicy przedziału wartości referencyjnych
oraz co najmniej jedno z poniższych:
- b) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - c) nowe lub przypuszczalnie nowe istotne zmiany odcinka ST i załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - d) wystąpienie patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie (EKG);
 - e) stwierdzenie w badaniu obrazowym nowego obszaru nieżywotnego mięśnia sercowego lub nowej nieprawidłowości odcinkowej ruchomości ściany serca;
 - f) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- 2.5. Za udar mózgu uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 2.6. Za trwałe uszkodzenie na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszkodzenia na zdrowiu Ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszkodzenia istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
- 2.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy trwałe uszkodzenie na zdrowiu powstało na skutek zawału serca lub udaru mózgu zaistniałych bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście zawału serca/udaru mózgu;
 - e) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
 - f) samookaleczenia lub usiłowanie popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa przed upływem 6 miesięcy od przystąpienia do niniejszej Umowy;
 - g) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 2.8. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszkodzenia na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

- 2.9. W niniejszej Umowie nie mają zastosowania ograniczenia w formie minimalnych wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu, powyżej których będzie następować wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 2.10. Wysokość świadczenia uzależniona jest od procentowego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i płatna jest od co najmniej pierwszego procenta uszczerbku. Świadczenie jest proporcjonalne, za 1% uszczerbku przysługuje 1% świadczenia. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji przez lekarza.
- 2.11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie wygasa z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku jednego bądź wielu wypadków w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
- 2.12. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za trwały uszczerbek na zdrowiu, który ujawnił się i jest orzekany przez uprawnionego lekarza nie później niż na 24 miesiące od daty zawału serca / udaru mózgu.
- 2.13. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku jednego zawału serca/udaru mózgu w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości łącznej za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

3.1. Definicje:

- 3.1.1. Za **szpital** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład opieki leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę usług zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Nie uzależnia się uznania placówki za szpital od posiadania przez nią oddziałów specjalistycznych, w szczególności oddziału chirurgicznego.
- 3.1.2. Za **Oddział OAIT** – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala i wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych niewydolnych narządów lub układów;
- 3.1.3. Za **pobyt w szpitalu** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu,
- 3.1.4. Za **rekonwalescencję** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne Ubezpieczonego.
- 3.1.5. Za **chorobę** na potrzeby niniejszej Umowy rozumie się stan organizmu stwierdzony przez lekarza, polegający na nieprawidłowej reakcji organów lub narządów, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, niezależne od jego woli, powodujące konieczność leczenia szpitalnego.
- 3.1.6. Za **wypadek komunikacyjny** uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta. Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.
- 3.1.7. Za **wypadek powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych**

uważa się nieszczęśliwy wypadek potwierdzony przez służby BHP, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego;
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia;
- c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
- d) w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

3.1.8. Za **wypadek komunikacyjny powstały w trakcie wykonywania czynności zawodowych** uważa się nieszczęśliwy wypadek wywołany w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako kierujący, pasażer, pieszy lub rowerzysta, w czasie wykonywania pracy (potwierdzony przez służby BHP). Za wypadek w ruchu powietrznym uważa się wypadek, który dotyczy pasażerskiego pojazdu powietrznego koncesjonowanego przewoźnika.

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

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

oraz co najmniej jedno z poniższych:

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

3.1.10. Za **udar mózgu** uważa się – nagłe, ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.

3.2. Minimalne zasady wypłaty świadczenia szpitalnego.

3.2.1. Dienne świadczenie szpitalne Ubezpieczonego należne jest za:

3.2.1.1. **pobyt w szpitalu spowodowany chorobą** trwający minimum **3 dni**,

- 3.2.1.2. **pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem**, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, trwający minimum **1 dzień**. Za pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, wypadkiem komunikacyjnym powstałym w trakcie wykonywania czynności zawodowych, rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.
 - 3.2.1.3. **pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu**, trwający co najmniej 2 dni. Za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu rozumie się pobyt, który rozpoczął się nie później niż 30 dni po wystąpieniu zawału serca lub udaru.
 - 3.2.1.4. **pobyt na OIOM/OIT** trwający nieprzerwanie co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu.
 - 3.2.1.5. **rekonwalescencja** - trwający nieprzerwanie pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po 14 dniowym pobycie w szpitalu.
 - 3.2.2. **Limit maksymalnego pobytu w szpitalu**, za który wypłacane jest świadczenie wynosi **180 dni w każdym roku polisowym**. Dzień przyjęcia i wypisu liczą się jako dni pełne.
 - 3.2.3. Świadczenie za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na **OAIT** wypłacane jest w formie ryczałtu, świadczenia jednorazowego. Jeżeli Ubezpieczyciel w swoich ogólnych warunkach ubezpieczenia przewiduje wypłatę świadczenia jako stawki dziennej za każdy objęty ochroną dzień pobytu na **OAIT** - może zastosować takie rozwiązanie. Świadczenie w formie stawki dziennej jest wypłacane za każdy trwający co najmniej 48 godzin pobyt na OIOM/OIT jednak nie więcej niż za 5 dni pobytu.
 - 3.2.4. W przypadku rekonwalescencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do pierwszych 30 dni po danym pobycie w szpitalu, maksymalnie do 90 dni w roku polisowym.
 - 3.2.5. Ubezpieczony może zgłosić roszczenie z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego:
 - 3.2.5.1. niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu;
 - 3.2.5.2. po 30 lub 60 dniu tego pobytu - w przypadku długotrwałego pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie powyżej 30 dni.
 - 3.3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie również za hospitalizacje, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wypadków, chorób lub stanów chorobowych występujących w trakcie odpowiedzialności za pobyt w szpitalu u Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 - 3.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);

- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- e) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- f) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to konieczność leczenia szpitalnego;
- g) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- h) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- i) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- j) prowadzenia pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
- k) chorób spowodowanych obniżeniem odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV chyba, że zakażenie nastąpiło w wyniku transfuzji krwi lub w wyniku wykonywania czynności służbowych;
- l) leczenia i zabiegów stomatologicznych chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- m) ciąży, porodu, poronienia, poronienia samoistnego lub sztucznego – z wyłączeniem ciąży wysokiego ryzyka, powikłania ciąży, komplikacji poronienia oraz przerwania ciąży w przypadkach określonych w art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o Planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży;
- n) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie obowiązywania niniejszej Umowy lub skutków poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością z niniejszej Umowy;
- o) wykonywania Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, diagnostyki laboratoryjnej, badań biochemicznych, badań rentgenowskich i innych badań (o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego) oraz obserwacji na wniosek sądu;

- p) leczenia niepłodności;
 - q) nieszczęśliwego wypadku powstałego w wyniku uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
 - r) pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.
- 3.4.1. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem w domach opieki społecznej, hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, szpitalach więziennych, zakładach leczenia uzdrowiskowego, w sanatoriach, w prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, w zakładach opieki zdrowotnej, które nie są uprawnione do wykonywania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz oddziałach rehabilitacyjnych (z wyłączeniem pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby - przy zachowaniu ciągłości pobytu w przypadku przenoszenia pacjenta pomiędzy placówkami medycznymi), pod warunkiem, że pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany był z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą, bezpośrednio poprzedzający rehabilitację - objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela).
- 3.4.2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli pobyt w szpitalu, bezpośrednio po którym następuje rekonwalescencja spowodowany był leczeniem niepłodności.
- 3.4.3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu rekonwalescencji, jeżeli rekonwalescencja ma miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
- 3.5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia również w przypadku pobytu w szpitalu związanego z wadą wrodzoną lub schorzeniem będącym jej skutkiem.
- 3.6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia bez względu na stan zdrowia Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 3.7. W niniejszej Umowie nie ma zastosowania uzależnienie wypłaty świadczenia za pobyt na OAIT od przyczyny tego pobytu, z zastrzeżeniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności opisanych w powyższym pkt 3.4.

4. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

- 4.1. **Definicje:** za minimalny zakres leczenia specjalistyczne Ubezpieczonego uważa się co najmniej:
- 4.1.1. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **chemioterapii** ,
 - 4.1.2. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **radioterapii** ,
 - 4.1.3. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **terapii interferonowej**,
 - 4.1.4. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **kardiowertera/defibrylatora**,
 - 4.1.5. **wszczepienie** Ubezpieczonemu **rozzrusznika serca**,
 - 4.1.6. **przeprowadzenie** u Ubezpieczonego **ablacji**.
- 4.2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty świadczenie od dnia:

- 4.2.1. podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 4.2.2. podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 4.2.3. wszczęcia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji.
- 4.3. Ubezpieczyciel gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za przeprowadzenie każdej z metod leczenia objętych zakresem Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego.
- 4.4. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
- 4.4.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
 - 4.4.2. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno radioterapii jak i chemioterapii odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty tylko jednego świadczenia.
 - 4.4.3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) poddania się Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
5. **POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO**
- 5.1. **Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się:**
- 5.1.1. zdiagnozowanie – w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, nowotworu złośliwego, przewlekłego zapalenia wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, udaru, utraty słuchu nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, zawału serca,
 - 5.1.2. zajęcie nieszczęśliwego wypadku – w przypadku: utraty słuchu, tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 5.1.3. hospitalizacje – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, boreliozy, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu oraz tężca, wścieklizny i zgorzeli gazowej nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 5.1.4. specjalistycznego leczenia – w przypadku: anemii aplastycznej – regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego, gruźlicy – leczenia przeciwpłatkowego, niewydolności nerek – stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki,
 - 5.1.5. przeprowadzenia operacji – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych – by-pass, choroby aorty, masywnego zatoru tętnicy płucnej lezonego operacyjnie, ropnia mózgu, utraty kończyny wskutek choroby, wady serca, zakażonej martwicy trzustki.
 - 5.1.6. zakażenia – w przypadku: zakażenia wirusem HIV.
- 5.2. **DEFINICJE WYMAGANYCH JEDNOSTEK CHOROBYCH**
- 5.2.1. anemię aplastyczną uważa się taką chorobę, która oznacza przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, powodującą łączne wystąpienie spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, oraz powodującą

konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych lub przeszczepu szpiku kostnego; rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.

- 5.2.2. Za bąblowiec mózgu uważa się taką chorobę, która oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzona w rozpoznaniu histopatologicznym.
- 5.2.3. Za chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca by-pass uważa się przeprowadzenie u Ubezpieczonego z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia, co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, poprzez wytworzenie przepływu omijających (by – pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.
- 5.2.4. Za chorobę Creutzfeldta-Jakoba uważa się klinicznie rozpoznaną za życia ubezpieczonego chorobę, przez specjalistę neurologa, powodującą otępienie i zaburzenie funkcji ruchu.
- 5.2.5. Za zator tętnicy płucnej uważa się taki zator, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 5.2.6. Za niewydolność nerek uważa się taką niewydolność, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek lub jednej nerki, w następstwie, czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
- 5.2.7. Za nowotwór złośliwy uważa się taki nowotwór, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarniczne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym.

Z zakresu Ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym;
- b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny;
- c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ;
- d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
- e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.'

- 5.2.8. Za odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu – uważa się chorobę przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 5.2.9. Za ropień mózgu uważa się taki stan chorobowy który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.
- 5.2.10. Za sepsę (posocnicę), uważa się taką chorobę, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
a) ośrodkowy układ nerwowy, b) układ krążenia, c) układ oddechowy, d) układ krwiotwórczy, e) nerki, f) wątroba.
Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5.2.11. Za tężec uważa się chorobę, charakteryzującą się wzmożoną pobudliwością i kurczliwością mięśni, lezoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 5.2.12. Za udar mózgu uważa się taki udar, który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi, jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.
- 5.2.13. Za wściekliznę uważa się chorobę, lezoną w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
- 5.2.14. Za zakażenie wirusem HIV będące powikłaniem transfuzji krwi uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi wykonanej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.
- 5.2.15. Za zakażenie wirusem HIV będące następstwem wykonywania obowiązków zawodowych uważa się tylko takie zakażenie wirusem HIV, będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub

pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją.

5.2.16. Za zawał serca uważa się tylko taki zawał, który powoduje:

a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej jednego z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych
- lub

b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI),

lub

c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

- nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
- udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
- udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego;

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

5.2.18. Za boreliozę uważa się chorobę, która oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane

w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

- 5.2.19. Za chorobę aorty brzusznej, uważa się chorobę która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej;
- 5.2.20. Za chorobę aorty piersiowej, uważa się chorobę która oznacza tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej;
- 5.2.21. Za gruźlicę uważa się chorobę zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
- 5.2.22. Za przewlekłe zapalenie wątroby uważa się chorobę, która oznacza potwierdzone badaniem biopsyjnym zapalenie wątroby w następstwie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, w którym wyznaczniki procesu zapalnego utrzymują się ponad 6 miesięcy.
- 5.2.23. Za utratę kończyn uważa się taką utratę kończyny wskutek choroby, która oznacza amputację, co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:
- a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych;
 - b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.
- 5.2.24. Za utratę słuchu uważa się całkowitą obustronną utratę zdolności słyszenia i rozróżniania dźwięków. Rozpoznanie musi być potwierdzone obuusznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych.
- 5.2.25. Za wadę serca uważa się chorobę, która oznacza zastawkową wadę serca wymagającą wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez

zastawkowych; Odpowiedzialność nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.

- 5.2.26. Za chorobę neuronu ruchowego uważa się chorobę, która oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG).
- 5.2.27. Za chorobę Huntingtona uważa się chorobę, która oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
- 5.2.28. Za bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych uważa się chorobę, która oznacza rozpoznaną na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczoną w warunkach szpitalnych, ostrą chorobę zakaźną.
- 5.2.29. Za zakażoną martwicę trzustki uważa się chorobę, która oznacza pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.
- 5.2.30. Za bakteryjne zapalenie wsierdzia uważa się chorobę, która oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca;
- 5.2.31. Za stwardnienie rozsiane uważa się takie stwardnienie, które oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie:
- a) badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni);
 - b) badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego;
 - c) badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego;

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

- 5.3. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego każdej z ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie wystąpiła wskutek działania tego samego czynnika patogennego i nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił wcześniejsze świadczenie.
- 5.4. W niniejszej Umowie nie stosuje się wymogu minimalnego okresu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich zachorowań, aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela, ani ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym, ani ograniczenia częstotliwości wypłat.
- 5.5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie objętym ochroną ubezpieczenia, a które mogły być również następstwem wcześniejszych chorób lub stanów chorobowych, pod warunkiem, że Ubezpieczony objęty był Poprzednią umową ubezpieczenia, w której istniała odpowiedzialność za dane poważne zachorowanie u Ubezpieczonego. Wysokość kwoty świadczenia ustalana jest według wariantu ubezpieczenia obowiązującego dla Ubezpieczonego w dniu diagnozy poważnego zachorowania.
- 5.6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone (rozumiane jako metoda postępowania z jednostką chorobową np. przeprowadzenie operacji) w okresie 5 lat kalendarzowych przed przystąpieniem do Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
- 5.7. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - e) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - f) wypadku komunikacyjnego podczas prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego, w przypadku gdy pojazd nie posiadał aktualnego badania

technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

- g) nieszczęśliwego wypadku jako wyniku zatrucia Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to zajście nieszczęśliwego wypadku;
- h) uszkodzeń ciała Ubezpieczonego spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- i) wypadku w trakcie wykonywania czynności zawodowych podczas pracy wykonywanej przez Ubezpieczonego bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa o ile pracodawca przeprowadził wymagane szkolenie i poinformował pracownika o niezbędnych kwalifikacjach, a pracownik się do tego nie zastosował;
- j) samookaleczenia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- k) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym przez Ubezpieczonego;
- l) pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

6. NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY

6.1. Definicja - Za **niezdolność Ubezpieczonego do pracy** na potrzeby niniejszej Umowy uważa się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwającą nieprzerwanie przez okres, co najmniej 180 dni, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Trwała niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań, co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy.

6.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego zostaje ograniczona w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia do niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

6.3. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela:

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

- a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
- b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;

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

7. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO

7.1. Definicja operacji chirurgicznej – przez operację chirurgiczną rozumiemy zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej bądź w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza o specjalności zabiegowej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów wypadku lub choroby.

7.2. Zakres operacji chirurgicznych obejmuje wykaz operacji przedstawionych przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia

publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r. Wykaz operacji zawiera co najmniej 400 zabiegów operacyjnych, podzielonych na klasy ze zróżnicowaną wysokością świadczenia.

- 7.3. Kwota w pozycji „Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego” w wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r., określa sumę ubezpieczenia dla klas z katalogu operacji. Wysokość świadczenia określona jest jako procent sumy ubezpieczenia dla każdej z klas z katalogu operacji. Ubezpieczyciel zaofertuje kwotę świadczenia za najniższą klasę/grupę operacji nie mniejszą niż : Wariant I - 200,- zł. Wariant II – 250,- zł, Wariant III – 300,- zł.
- 7.4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wszystkie operacje chirurgiczne objęte zakresem ubezpieczenia, które przeprowadzono w okresie odpowiedzialności, nawet jeżeli przyczyną operacji były stany chorobowe lub wypadki, które wystąpiły przed zawarciem niniejszej Umowy.
- 7.5. Ubezpieczyciel będzie wypłacał świadczenia także w przypadku, jeżeli analogiczny zabieg został już wcześniej przeprowadzony u Ubezpieczonego lub Ubezpieczony podlegał wcześniej hospitalizacji związanej z tym stanem chorobowym.
- 7.6. Ubezpieczyciel nie uzależnia wypłaty świadczenia za przeprowadzoną operacją od obowiązku pobytu w szpitalu w związku z tą operacją.
- 7.7. Wysokość świadczenia należnego z tytułu operacji chirurgicznej nie jest uzależniona od metody przeprowadzenia operacji, jest ona taka sama również w przypadku zastosowania metody endoskopowej.
- 7.8. W przypadku wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonych od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia.
- 7.9. **Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**
 - 7.9.1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności wyłącznie w przypadku, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało bezpośrednio w wyniku:
 - a) udziału w działaniach wojennych lub czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy (chyba, że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej);
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
 - d) prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień określonych w stosownych przepisach prawa do prowadzenia danego pojazdu (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej) – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;
 - e) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, a także po zażyciu środków odurzających lub narkotyków (z wyłączeniem stanu wyższej konieczności/obrony koniecznej), o ile

miało to wpływ na zajście wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczy wyłącznie kierującego pojazdem;

- f) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu (stan nietrzeźwości), użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu prawa o przeciwdziałaniu narkomanii, użycia środków farmakologicznych z wyłączeniem zażycia ich zgodnie z zaleceniem lekarza – o ile spowodowało to konieczność wykonania operacji chirurgicznej;
- g) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
- h) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- i) operacji stomatologicznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- j) nieszczęśliwego wypadku powstałego w wyniku uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym lub wyczynowym;
- k) pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia.

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

- a) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
- b) kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania niniejszej Umowy lub skutków poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością z tytułu niniejszej Umowy;
- c) przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym;
- d) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci;
- e) implantowania zębów;
- f) wykonanej w celach diagnostycznych;
- g) związanej z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową.

8. OPERACJE CHIRURGICZNE UBEZPIECZONEGO – ZAKRES DODATKOWY

8.1. Definicja operacji chirurgicznej w zakresie dodatkowym oznacza rozszerzenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela o następujące świadczenia:

8.1.1. Zakres 1:

- a) Operacje chirurgiczne – operacja wykonana w znieczuleniu ogólnym
- b) Operacje chirurgiczne – operacja wykonana podczas pobytu w szpitalu trwającego nieprzerwanie dłużej niż 14 dni
- c) Operacje chirurgiczne – operacja wykonana w związku z zawałem serca, udarem lub nowotworem złośliwym.

Minimalna wysokość świadczenia w każdym powyższym ryzyku wynosi:

Wariant I - 200,- zł. Wariant II – 250,- zł, Wariant III – 300,- zł.

8.1.2. Zakres 2:

- a) Podwyższenie wysokości świadczeń z tytułu przeprowadzenia operacji chirurgicznej będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku min. o 50% świadczenia w każdej klasie /kategorii operacji.

Minimalna wysokość świadczenia w każdym powyższym ryzyku wynosi: Wariant I - 300,- zł. Wariant II – 375,- zł, Wariant III – 450,- zł.

Ubezpieczyciel w trakcie składania oferty wybiera Zakres 1 lub Zakres 2 i wpisuje wartość świadczenia dla najniższej grupy operacji chirurgicznych.

9. NOWOTWÓR IN-SITU UBEZPIECZONEGO

9.1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdiagnozowanie u Ubezpieczonego **Nowotworu złośliwego** w stadium przedinwazyjnym, tzw. in situ – to znaczy nowotworu złośliwego rozpoznanego we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, który jest umiejscowiony w kategoriach D00-D09 (z wyłączeniem kategorii D04) Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD**, i którego przedinwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym.

9.2. Ubezpieczyciel oferuje:

9.2.1. zakres in situ, który będzie obejmował m.in.:

- 1) D00 - rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
- 2) D01 - rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych
- 3) D02 - rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
- 4) D03 - czerniak in situ
- 5) D05 - rak in situ sutka
- 6) D06 - rak in situ szyjki macicy
- 7) D07 - rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
- 8) D09 - rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień

oraz:

9.2.2. ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) w pierwszym stadium,

9.2.3. czerniak złośliwy skóry opisany wg skali TNM jako T1aN0M0,

9.2.4. brodawkowaty rak tarczycy opisany wg skali TNM jako T1aN0M0,

9.2.5. nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (prostaty, stercza) opisany wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,

9.2.6. nowotwór złośliwy szyjki macicy opisany wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3.

10. KARTA APTECZNA

10.1. Świadczenie na pokrycie kosztów zakupów leków. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie prawa do świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.

10.2. Świadczenie realizowane jest trzykrotnie w każdym rocznym okresie ubezpieczenia w

wysokości wskazanej przez Ubezpieczyciela w ofercie złożonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie grupowe na życie dla pracowników Piotrkowskich Wodociągów i Kanalizacji Sp. z o.o w okresie od 01.01.2021 r. do 31.12.2022 r. i jest wypłacane gotówkowo lub bezgotówkowo (odbiór leków w aptece lub wydanie karty przedpłaconej).

ROZDZIAŁ III

KLAUZULE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – KLAUZULE FAKULTATYWNE

1. **Warunek fakultatywny NR 1** – Wykonawca zaoferuje wymagany minimalny czas pobytu w szpitalu w wyniku choroby uprawniających do wypłaty świadczenia – 2 dni.
2. **Warunek fakultatywny NR 2** – Wykonawca rozszerzy katalog poważnych zachorowań o następującą jednostkę chorobową:
„Zaawansowana niewydolność oddechowa z dowolnej przyczyny – rozumiana jako schyłkowe stadium chorób płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej (PaO₂) równe lub niższe, niż 55 mmHg,
d) duszność spoczynkowa.”
3. **Warunek fakultatywny NR 3** – Wykonawca zaoferuje rozszerzenie katalogu procedur leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego do minimum 8 procedur medycznych i przedstawi wraz z ofertą stosowne postanowienie dodatkowe do ogólnych warunków ubezpieczenia w tym zakresie.

ROZDZIAŁ IV

POSTANOWIENIA DODATKOWE

1. **SYSTEM INFORMATYCZNY**
 - 1.1. Ubezpieczyciel udostępni bez dodatkowych kosztów system informatyczny obejmujący minimum następujące funkcje:
 - 1.1.1. prowadzenie ewidencji osób objętych Umową Generalną Ubezpieczenia z uwzględnieniem generowania raportów osób przystępujących i występujących z ubezpieczenia,
 - 1.1.2. generowanie i drukowanie formularzy przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 1.1.3. rozliczanie miesięcznych rat składek.
 - 1.2. Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu system informatyczny przed planowanym rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej poprzez umożliwienie dostępu do systemu obsługiwanego przez przeglądarkę internetową oraz nadanie uprawnień (loginów, haseł) osobom wskazanym przez Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel zapewni przeszkolenie osób wskazanych przez Ubezpieczającego z zasad obsługi systemu informatycznego.
2. **WARUNKI TECHNICZNE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

- 2.1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest dysponować narzędziami, wyposażeniem i urządzeniami technicznymi niezbędnymi do realizacji Umowy Generalnej Ubezpieczenia tj. posiadać minimum w ramach wewnętrznej struktury terenową jednostkę organizacyjną na terenie RP, która prowadzi obsługę ubezpieczeń grupowych oraz likwidację świadczeń z grupowych ubezpieczeń na życie lub ma zawartą umowę z przedsiębiorstwem świadczącym zawodowo na terenie RP usługi w zakresie obsługi ubezpieczeń oraz likwidacji świadczeń z grupowych ubezpieczeń na życie (przedsiębiorstwo to zobowiązane jest posiadać terenową jednostkę organizacyjną na terenie RP). Wskazana umowa na obsługę likwidacji świadczeń może być zawarta z takim przedsiębiorstwem pod warunkiem (zawieszającym lub rozwiązującym) zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia będącej przedmiotem zamówienia. Jednostka ta powinna być otwarta minimum przez 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 7 godzin dziennie.
- 2.2. Ubezpieczyciel wskazuje na etapie podpisania Umowy Generalnej Ubezpieczenia osobę dedykowaną do kontaktu ze strony Ubezpieczyciela, nadzorującą prawidłowe wykonywanie niniejszej Umowy. W przypadku uwag lub zastrzeżeń ze strony Ubezpieczającego, wszelkie uwagi lub pytania należy kierować do ww. osoby. Ubezpieczyciel każdorazowo zobowiązany jest powiadamiać Ubezpieczającego i Brokera o zmianie ww. osoby w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dokonania zmiany. W oparciu o art. 29 ust. 3a Ustawy Prawo zamówień publicznych Ubezpieczający wymaga a Ubezpieczyciel zobowiązuje się, iż powyższą osobę zatrudni na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1320 ze zm.).
- 2.3. Ubezpieczający może wymagać od Ubezpieczyciela przedłożenia w terminie wskazanym przez Ubezpieczającego, oświadczenia Ubezpieczyciela potwierdzającego zatrudnienie osoby, o której mowa w pkt 2.2. powyżej, na podstawie umowy o pracę. Nieprzedłożenie przez Ubezpieczyciela żądanej przez Ubezpieczającego dokumentacji we wskazanym terminie będzie traktowane jako niewypełnienie obowiązku zatrudnienia pracowników na podstawie umowy o pracę.
- 2.4. W przypadku niewypełnienia przez Ubezpieczyciela postanowień określonych w pkt 2.3., będzie on zobowiązany do zapłaty kary umownej w wysokości obowiązującej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę określonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2177 ze zm.) za każdy przypadek niewypełnienia wskazanych wyżej postanowień.
- 2.5. W przypadku gdy Ubezpieczyciel powierzy wykonanie części zamówienia podwykonawcy to postanowienia określone w pkt 2.3. dotyczą również podwykonawcy, jeśli będzie realizował zadania określone dla osoby tam wymienionej.
- 2.6. Ubezpieczający w ciągu 14 dni od zawarcia niniejszej Umowy wyznaczy osobę/osoby odpowiedzialną/odpowiedzialne za realizację Umowy Generalnej Ubezpieczenia i zawiadomi pisemnie za pośrednictwem Brokera o powyższym fakcie Ubezpieczyciela, przekazując dane teleadresowe wskazanej osoby/osób. Ubezpieczający każdorazowo będzie powiadamiać Ubezpieczyciela o zmianach ww. osoby/osób w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dokonania zmiany.
- 2.7. Ubezpieczający wyznacza i wyraża zgodę, aby przeszkolone przez Ubezpieczyciela osoby /pracownicy Ubezpieczającego/ realizowały na rzecz Ubezpieczyciela niezbędne działania administracyjne i dokumentacyjne.

ROZDZIAŁ V

WYKONYWANIE CZYNNOŚCI FAKTYCZNYCH W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ

1. Umowa Generalna Ubezpieczenia zostanie zawarta i będzie wykonywana za pośrednictwem i przy udziale Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o. w Łodzi na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1881 z późn. zm.) w ramach udzielonego pełnomocnictwa.
2. Ubezpieczyciel przyjmuje do wiadomości, że czynności realizowane w niniejszym postępowaniu przez Brokera mają charakter czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz akceptuje skutki, jakie z tego faktu wynikają z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1881 z późn. zm.), a także powszechnie utrwalonych w obrocie gospodarczym obyczajów.
3. Broker Ubezpieczeniowy będzie zobowiązany w ramach obsługi w szczególności do reprezentowania, organizacji i planowania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń zgodnie z aktami prawnymi regulującymi działalność brokerską.
4. Ubezpieczający wyraża zgodę, aby przeszkoleni przez Ubezpieczyciela pracownicy Ubezpieczającego, w ustalonym czasie realizowali na rzecz Ubezpieczyciela niezbędne zadania dokumentacyjne.
5. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Brokerowi kurtażu brokerskiego za czynności brokerskie związane z doprowadzeniem do zawarcia niniejszej Umowy, określone w ustawie z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1881 z późn. zm.). Kurtaż za czynności brokerskie będzie wypłacany w wysokości stanowiącej 10% raty składki zapłaconej przez Ubezpieczającego, przez cały okres trwania Umowy Generalnej Ubezpieczenia.
6. Kurtaż za czynności brokerskie obejmuje wszystkie koszty związane z doprowadzeniem do zawarcia Umowy Generalnej Ubezpieczenia.

Umowa Generalna Ubezpieczenia oraz inne materiały i treści dotyczące ubezpieczeń, w zakresie i sposobie formułowania, wykraczającym poza bezwzględnie obowiązujące uregulowania prawa i ogólne warunki ubezpieczenia funkcjonujące w Towarzystwach Ubezpieczeniowych, stanowią wyłączną własność intelektualną Biura Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o. o. i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 1231 ze zm.).

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